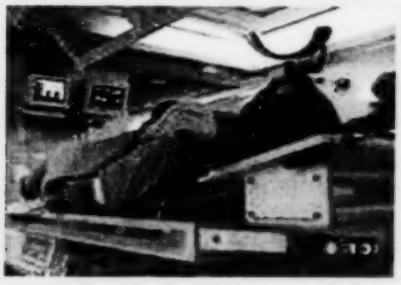
Les maladies chroniques en Estrie

Les cancers



Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Estrie

106-01779/

Coordination de l'édition
Aline Émond, chef de service

Rédaction
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire

Traitement des données
Brigitte Martin, technicienne en recherche

Traitement de texte et mise en page
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Collaboration
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire
Pierrot Richard, agent de recherche sociosanitaire

Nous désirons remercier toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à ce document.

Les commentaires et les demandes de renseignements relativement à la présente publication peuvent être adressés à :

Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire
Direction de santé publique et de l'évaluation
Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de l'Estrie
300 rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : (819) 829-3400, poste 42558
Télécopieur : (819) 569-8894
Courriel : mcarbonneau.rr05@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible à la section **publication** du site Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie à l'adresse suivante : **www.santeestrie.qc.ca/agence/**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN : 2-921776-33-2

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Mot de la directrice de santé publique et de l'évaluation

Les maladies chroniques font de plus en plus l'objet de préoccupations étant donné, d'une part, le vieillissement rapide de la population qui entraîne une hausse du nombre de personnes atteintes de ces maladies et, d'autre part, l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risque qui y sont associés. Ces maladies exercent également des pressions importantes sur les services et conséquemment sur les coûts du réseau de la santé. Dans ce contexte, la Santé publique est directement interpellée par la problématique des maladies chroniques et propose des interventions préventives qui en diminueront le fardeau. C'est d'ailleurs un domaine bien couvert par le *Programme national de santé publique 2003-2012*[1] et le récent *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007*[2].

Parmi les maladies chroniques ciblées, plusieurs touchent une proportion appréciable de la population tout en causant, chez les personnes atteintes, des déficiences physiques importantes et souvent irréversibles. Ce sont particulièrement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et le diabète. Ces problèmes, parce qu'ils se manifestent le plus souvent chez les personnes vieillissantes, sont le résultat du cumul et de l'interaction d'un ensemble de facteurs qui nuisent à la santé. Parmi ceux-ci, notons particulièrement le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité et la surconsommation d'alcool qui contribuent de façon importante, seul ou en synergie, au fardeau global des maladies.

DES FAITS IMPORTANTS

Les Estriens comme les Québécois présentent un risque élevé de développer une maladie chronique. Environ huit adultes sur dix présentent au moins un des problèmes suivants : tabagisme, sédentarité, excès de poids, hypertension artérielle, consommation élevée d'alcool ou diabète. Un adulte sur dix affiche trois problèmes ou plus.

Les tendances observées pour quelques facteurs de risque sont encourageantes. Ainsi, le tabagisme diminue dans la population. En 1987, près de 40 % des Estriens de 15 ans et plus fumaient régulièrement ou occasionnellement. Aujourd'hui, cette proportion s'établit à environ 30 %. Les dernières données sur le tabagisme chez les jeunes font également état d'une baisse encourageante. Toutefois, environ 27 % des hommes ou des femmes de l'Estrie âgés de 12 ans ou plus ont déclaré, en 2000-2001, être exposés chaque jour ou presque à la fumée de tabac. Par ailleurs, la proportion de consommateurs d'une quantité d'alcool présentant un risque à la santé (14 consommations ou plus par semaine) a légèrement diminué depuis 1987, passant de 7 % à 6 %.

Malheureusement, l'ampleur et la tendance d'autres facteurs de risque ou maladies restent préoccupantes. Ainsi, en Estrie, la moitié des adultes ne consomment pas suffisamment (5 portions ou plus) de fruits et légumes chaque jour ou présentent un niveau élevé de cholestérol sanguin, alors que le tiers des adultes disent vivre continuellement avec un niveau élevé de stress. Également, chez les quelque 13 % de personnes hypertendues, environ le tiers de ces personnes ne connaissent pas leur condition, et parmi celles qui connaissent leur condition, près de 40 % ne sont pas contrôlées. Entre 4 et 5 % des adultes en Estrie sont des diabétiques diagnostiqués, mais le pourcentage réel des personnes atteintes du diabète pourrait être le double selon Diabète Québec[3].

En outre, la sédentarité est à la hausse dans notre population, particulièrement chez les jeunes. Parallèlement à cette hausse, l'excès de poids est aussi en forte croissance. En 1987, près de deux personnes sur dix âgées de 15 ans ou plus avaient un excès de poids. En 2001, ce sont trois personnes sur dix qui présentent un tel problème de poids. Chez les jeunes de 9 à 16 ans, environ 16 % présentent un excès de poids, c'est-à-dire que 4 % sont obèses, alors que près de 12 % font de l'embonpoint. Depuis vingt ans, le pourcentage de jeunes avec un poids normal ou insuffisant a diminué au profit d'une hausse du pourcentage de jeunes obèses. L'augmentation est de 7 % à 12 % selon l'âge et le sexe. Cette tendance à la hausse de la sédentarité et de l'excès de poids est fort préoccupante, en particulier chez les jeunes, quand on sait que ces deux facteurs sont souvent présents dans la genèse du diabète, de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, tous des facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires.

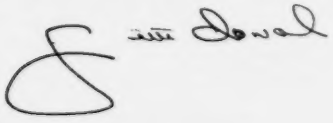
La prévalence de plusieurs de ces facteurs de risque n'est pas la même chez les hommes et les femmes. Les femmes sont généralement plus sédentaires et plus affectées par l'hypertension artérielle à partir de 65 ans. Les hommes fument en plus grande proportion que les femmes. Les taux de diabète diagnostiqué, de consommation élevée d'alcool, de consommation inadéquate de fruits et légumes, et d'excès de poids sont également plus élevés chez les hommes.

UNE SÉRIE DE DOCUMENTS

Cette monographie sur les maladies chroniques, constituée d'une série de cinq documents, s'inscrit dans la continuité des monographies et portraits de santé déjà publiés par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie au cours des dernières années. L'objectif est de fournir, à travers une approche populationnelle, des informations éclairantes et utiles aux décideurs et aux intervenants de la santé dans le cadre de la fonction de surveillance de l'état de santé de la population dévolue aux directions de santé publique par la Loi sur la santé publique.

Le présent document traite des cancers et fait suite à celui sur les maladies cardiovasculaires. Les trois autres documents, qui seront produits dans les prochains mois, traiteront successivement du diabète, des maladies pulmonaires obstructives chroniques et des facteurs de risque ou déterminants en lien avec une ou plusieurs de ces maladies chroniques.

La directrice de santé publique
et de l'évaluation



Ginette Dorval, M.D.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES GRAPHIQUES vii

LISTE DES TABLEAUX ix

INTRODUCTION 1

RÉSUMÉ 5

LA DIVERSITÉ DES CANCERS 9

LES FEMMES ET LES HOMMES RÉUNIS 11
LES FEMMES 12
LES HOMMES 13

L'ENSEMBLE DES CANCERS 15

L'INCIDENCE 17
LA MORTALITÉ 19
LES HOSPITALISATIONS 20

LE CANCER DU POUMON 23

L'INCIDENCE 25
LA MORTALITÉ 27
LES HOSPITALISATIONS 28

LE CANCER CÔLON-RECTAL 31

L'INCIDENCE 33
LA MORTALITÉ 34
LES HOSPITALISATIONS 36

LE CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME 39

L'INCIDENCE 41
LA MORTALITÉ 43
LES HOSPITALISATIONS 44

LE CANCER DE LA PROSTATE 47

L'INCIDENCE 49
LA MORTALITÉ 50
LES HOSPITALISATIONS 52

LES PARTICULARITÉS SOUS-REGIONALES 55

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU GRANIT 57
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC D'ASBESTOS 57
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS 58
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU VAL-SAINT-FRANÇOIS 58
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE COATICOOK 59
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE LA RÉGION-SHERBROOKOISE 59
SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE MEMPHRÉMAGOG 60

ANNEXES 61

LISTE DES RÉFÉRENCES 71

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Taux annuels moyens ajustés d'incidence de l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000 18

Graphique 2 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999 19

Graphique 3 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001 21

Graphique 4 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000 26

Graphique 5 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999 27

Graphique 6 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001 29

Graphique 7 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000 33

Graphique 8 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999 35

Graphique 9 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001 36

Graphique 10 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000 42

Graphique 11 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999 43

Graphique 12 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001 45

Graphique 13 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000 49

Graphique 14 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999 51

Graphique 15 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001 52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 22 types de cancer, femmes et hommes réunis, Estrie 12

Tableau 2 Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 15 types de cancer, chez les FEMMES, Estrie 13

Tableau 3 Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 18 types de cancer, chez les HOMMES, Estrie 14

Tableau 4 Taux annuels moyens ajustés d'incidence de l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000 18

Tableau 5 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999 20

Tableau 6 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001 21

Tableau 7 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000 26

Tableau 8 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999 28

Tableau 9 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001 29

Tableau 10 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000 34

Tableau 11 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999 35

Tableau 12 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001 37

Tableau 13 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000 42

Tableau 14 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999 44

Tableau 15 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001 45

Tableau 16 Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000 50

Tableau 17 Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999 51

Tableau 18 Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001 53

Introduction

Le cancer est un terme générique qui désigne un groupe de maladies qui se développent lorsque des cellules perdent leur mécanisme normal de contrôle de la croissance. La prolifération incontrôlée des cellules qui en résulte aboutit à la formation d'une TUMEUR MALIGNE. Le terme cancer (ou tumeur maligne) recouvre un grand nombre d'affections malignes qui sont hétérogènes du point de vue étiologique et clinique.

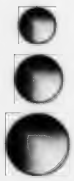
Le cancer est un phénomène très fréquent chez l'humain. Tous les gens connaissent ou ont connu au moins une personne atteinte d'une forme de cancer. De nombreuses informations, souvent fragmentaires, circulent sur la situation du cancer dans le monde, au Canada ou au Québec. Ces informations concernent l'ensemble des cancers ou un type particulier de cancer. Le cancer ne fait les manchettes des médias que lors de circonstances spéciales. Par exemple, les longs délais de traitement dans certaines régions, qui ont nécessité l'utilisation de ressources aux États-Unis, ont reçu une grande attention des médias. Plus récemment, l'attention s'est portée durant quelques jours sur un type de cancer relié à l'amiante, le mésothéliome. Règle générale, les informations diffusées ne permettent pas d'obtenir une vue globale de la situation pour l'ensemble des cancers ou un type de cancer.

Au Québec, le nombre de nouveaux cas de cancer est en croissance, la hausse atteignant 3 à 4 % par an. Chaque jour, près de 100 nouveaux cas sont diagnostiqués au Québec, dont 4 en Estrie. Un premier bilan du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLCC) vient d'être publié[4]. Ce document présente la situation actuelle au Québec et dans chacune des régions.

L'objet premier du présent document est de présenter l'évolution temporelle de certains aspects du cancer chez les résidants de l'Estrie et de ses MRC (municipalité régionale de comté). Les comparaisons avec l'ensemble du Québec permettent de souligner d'importantes différences concernant la région et certaines de ses divisions territoriales. Les trois principaux aspects considérés sont les nouveaux cas (incidence), les décès et les hospitalisations.

La première section donne un aperçu des divers types de cancer. Les sections suivantes traitent de l'ensemble des cancers et de chacun des principaux types de cancer, pour les femmes et pour les hommes séparément. Des informations concernant les facteurs de risque connus ou soupçonnés, la prévention et la détection précoce, ainsi que la survie relative[1], sont aussi incluses. Finalement, la dernière section présente une synthèse des particularités régionales et sous-régionales.

1. La survie relative est un ratio de la probabilité de survie observée chez les personnes atteintes d'un cancer et de la probabilité de survie attendue d'un groupe comparable de la population générale. C'est donc une estimation de la proportion des personnes non décédées, après une certaine période, des suites de leur cancer diagnostiqué.



Résumé

Ensemble des cancers

Le taux d'incidence pour l'ENSEMBLE DES CANCERS est inférieur à celui du Québec pour les Estriennes. Ce taux étant stable en Estrie, alors qu'il augmente au Québec, l'écart tend à s'accentuer pour atteindre 10 % en 1998-2000. De même, le taux de mortalité des Estriennes est inférieur à celui des Québécoises, la différence de 7 à 11 % étant observée pour toutes les périodes. Chez les hommes, le taux de mortalité en Estrie est légèrement plus bas qu'au Québec, l'écart se situant de 2 à 9 % selon les périodes.

Cancer du poumon

Le taux de nouveaux cas de CANCER DU POUMON chez les Estriennes est inférieur à celui des Québécoises d'environ 15 % depuis 1992-1994. Le taux de mortalité est aussi inférieur à celui du Québec, de 15 à 20 % pour les femmes et d'environ 10 % pour les hommes.

Cancer côlon-rectal

Le taux de mortalité pour le CANCER CÔLON-RECTAL est en hausse de 30 % de 1986-1988 à 1998-1999 chez les hommes de l'Estrie, alors qu'il est stable au Québec.

Cancer du sein

Le taux de nouveaux cas de CANCER DU SEIN chez les Estriennes est inférieur d'environ 10 % à celui du Québec. Pour les décès, le même écart est aussi observé en général.

Cancer de la prostate

Le taux d'incidence du CANCER DE LA PROSTATE est supérieur d'environ 10 % à celui du Québec depuis 1989-1991.

Globalement, le taux de nouveaux cas de cancer chez les ESTRIENNES est inférieur à celui des Québécoises. Le taux de mortalité est aussi plus bas. C'est à deux des principaux cancers, le poumon et le sein, que l'on peut attribuer cette différence d'au moins 10 %.

Le taux de mortalité par cancer chez les ESTRIENS est légèrement inférieur à celui des Québécois. Le cancer du poumon, le plus meurtrier chez les hommes, contribue le plus à cet écart puisque plus faible en Estrie. Concernant les nouveaux cas de cancer de la prostate, c'est la tendance inverse que l'on observe.

La diversité des cancers

LES FEMMES ET LES HOMMES RÉUNIS

Les cancers sont classés selon leur siège ou localisation, soit un organe ou une partie d'organe le plus souvent. Pour la période 1998-2000, 22 types de cancer regroupent la presque totalité (94 %, 1 203 sur 1 285) des nouveaux cas annuels de cancer des résidants de l'Estrie (tableau 1).

Cinq types de cancer dominent : le cancer du poumon (17 %), le cancer côlon-rectal (14 %), le cancer du sein chez la femme (14 %), le cancer de la prostate (11 %) et les leucémies (9 %). Les deux tiers des nouveaux cancers (834 sur 1 285) se retrouvent parmi ces cinq principaux types. Le cancer de la vessie représente 6 % des nouveaux cas et 7 autres types couvrent environ 2 % des cas chacun (rein, pancréas, corps de l'utérus, estomac, mélanome malin de la peau, foie et ovaires) (tableau 1).

Près de trois décès par cancer sur dix sont attribuables au cancer du poumon, alors que le cancer côlon-rectal contribue à 13 % des décès par cancer. La part des décès attribués aux trois autres types les plus représentés (le sein chez la femme, la prostate et les leucémies) est de 6 à 9 % chacun. Ce sont donc les cinq mêmes types de cancer que l'on retrouve aux cinq premiers rangs pour la mortalité et l'incidence (tableau 1). Ces cinq types de cancer regroupent près du deux tiers (64 %) des décès par cancer. On observe plusieurs différences importantes entre le rang pour l'incidence et celui pour la mortalité, entre autres, pour le cancer du rein (7^{e} rang pour l'incidence vs 13^{e} rang pour la mortalité), le cancer du corps de l'utérus (9^{e} vs 17^{e} rang), le mélanome malin de la peau (11^{e} vs 19^{e} rang) et le cancer du corps thyroïde (15^{e} vs 21^{e} rang).

Trois types de cancer contribuent à plus de 10 % des hospitalisations : le cancer du poumon (18 %), le cancer côlon-rectal (14 %) et les leucémies (12 %). Ils sont suivis par les cancers du sein chez la femme (9 %) et de la prostate (7 %). Donc, trois hospitalisations sur cinq touchent des personnes atteintes de ces cinq types de cancer (tableau 1). Par comparaison à l'incidence, le plus grand écart provient des mélanomes malins de la peau (11^{e} rang pour l'incidence et 17^{e} rang pour les hospitalisations).

Quel que soit l'aspect considéré (incidence, mortalité ou hospitalisation), ce sont les cinq mêmes types de cancer qui dominent (rangs 1 à 5). Quatre de ceux-ci sont l'objet d'une analyse, soit le cancer du poumon, le cancer côlon-rectal, le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate (sections 3 à 6). Les leucémies constituant un groupe hétérogène (lymphosarcomes, maladie de Hodgkin, myélomes, leucémie lymphoïde, leucémie myéloïde, etc.), présentant des formes différentes selon l'âge (jeune enfant, personne âgée), ne sont pas traitées plus en détail dans ce document.

Tableau 1
Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 22 types de cancer, femmes et hommes réunis, Estrie

TYPE DE CANCER (codes CIM-9)	INCIDENCE 1998-2000			DÉCÈS 1998-1999			HOSPITALISATIONS 1999-2000 et 2000-2001		
	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang
Poumons (+ trachée, bronches) (162)	222	**17,3**	1	188	**29,4**	1	357	**18,1**	1
Côlon-rectal (153-154)	182	**14,2**	2	86	**13,4**	2	277	**14,0**	2
Sein chez la femme (174)	181	**14,1**	3	44	6,9	4	185	9,4	4
Prostate (185)	135	**10,5**	4	36	5,6	5	132	6,7	5
Leucémies (200-208)	114	8,9	5	56	8,8	3	230	**11,7**	3
Vessie (188)	75	5,8	6	16	2,5	10	85	4,3	6
Rein (189)	34	2,6	7	11	1,7	13	50	2,5	9
Pancréas (157)	33	2,6	8	24	3,8	7	55	2,8	7
Corps de l'utérus (182)	31	2,4	9	3	0,5	17	40	2,0	12
Estomac (151)	30	2,3	10	26	4,1	6	42	2,1	11
Mélanome malin de la peau (172)	25	1,9	11	2	0,3	19	17	0,9	17
Foie, vésicule et voies biliaires (155-156)	24	1,9	12	23	3,6	8	34	1,7	13
Ovaire et annexes de l'utérus (183)	23	1,8	13	15	2,3	11	53	2,7	8
Encéphale (191)	18	1,4	14	18	2,8	9	43	2,2	10
Corps thyroïde (193)	15	1,2	15	1	0,2	21	22	1,1	15
Larynx (161)	13	1,0	16	5	0,8	14	14	0,7	18
Œsophage (150)	11	0,9	17	13	2,0	12	19	1,0	16
Pharynx (146-148)	9	0,7	18	3	0,5	17	10	0,5	20
Col de l'utérus (180)	9	0,7	18	5	0,8	14	30	1,5	14
Tissu conjonctif et tissus mous (171)	8	0,6	20	2	0,3	19	13	0,7	19
Langue (141)	6	0,5	21	5	0,8	14	6	0,3	22
Testicule (186)	5	0,4	22	1	0,2	21	7	0,4	21
Autres types	82	6,4	-	57	8,9	-	251	12,7	-
Total	1 285	100,0	-	640	100,0	-	1 972	100,0	-

Sources : Fichier des tumeurs, 1998-2000.
Fichier des décès, 1998-1999.
Fichier Med-Echo, 1999-2000 et 2000-2001.

LES FEMMES

Les trois cancers majeurs des femmes (sein, côlon-rectal, poumon) représentent environ la moitié des nouveaux cas (56 %), des décès (50 %) et des hospitalisations (47 %) des Estriennes. Le cancer du sein est au premier rang pour les nouveaux cas (30 %) et les hospitalisations (20 %). Pour ce qui est des décès, le cancer du poumon occupe le premier rang (21 %) (tableau 2).

L'importance relative de certains cancers varie considérablement selon l'aspect considéré. Les cancers du corps de l'utérus sont au 5e rang pour l'incidence et au 6e rang pour les hospitalisations, mais au 13e rang pour les décès. Le cancer du foie se situe au 12e rang pour l'incidence et au 13e rang pour les hospitalisations, mais au 7e rang pour les décès. Le cancer du col de l'utérus est au 13e rang pour l'incidence et au 12e rang pour les décès, mais au 7e rang pour les hospitalisations.

Tableau 2
Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 15 types de cancer, chez les FEMMES, Estrie

TYPE DE CANCER (codes CIM-9)	INCIDENCE 1998-2000			DÉCÈS 1998-1999			HOSPITALISATIONS 1999-2000 et 2000-2001		
	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang
Sein chez la femme (174)	181	**30,0**	1	44	**15,5**	2	185	**20,3**	1
Côlon-rectal (153-154)	81	**13,4**	2	38	**13,4**	3	118	**12,9**	3
Poumons (+ trachée, bronches) (162)	75	**12,4**	3	60	**21,2**	1	128	**14,0**	2
Leucémies (200-208)	52	8,6	4	23	8,1	4	88	9,6	4
Corps de l'utérus (182)	31	5,1	5	3	1,1	13	40	4,4	6
Ovaire et annexes de l'utérus (183)	23	3,8	6	15	5,3	5	53	5,8	5
Vessie (188)	22	3,6	7	6	2,1	11	25	2,7	8
Rein (189)	15	2,5	8	7	2,5	9	17	1,9	11
Pancréas (157)	14	2,3	9	12	4,2	6	19	2,1	10
Estomac (151)	13	2,2	10	9	3,2	8	17	1,9	11
Mélanome malin de la peau (172)	11	1,8	11	1	0,4	14	5	0,5	15
Foie, vésicule et voies biliaires (155-156)	10	1,7	12	11	3,9	7	16	1,8	13
Corps thyroïde (193)	9	1,5	13	0	0,0	15	22	2,4	9
Col de l'utérus (180)	9	1,5	13	5	1,8	12	30	3,3	7
Encéphale (191)	6	1,0	15	7	2,5	9	14	1,5	14
Autres types	51	8,5	-	42	14,8	-	135	14,8	-
Total	603	100,0	-	283	100,0	-	912	100,0	-

Sources : Fichier des tumeurs, 1998-2000.
Fichier des décès, 1998-1999.
Fichier Med-Echo, 1999-2000 et 2000-2001.

LES HOMMES

Les trois cancers majeurs des hommes (poumon, prostate, côlon-rectal) contribuent à plus de la moitié des nouveaux cas (56 %) et des décès (59 %), et à la moitié des hospitalisations (49 %) des Estriens. Le cancer du poumon occupe le premier rang pour chacun des trois aspects considérés (tableau 3).

Pour la plupart des cancers, l'importance relative des trois aspects est comparable. Le cancer du rein fait exception. Ce cancer se situe au 6e rang pour les nouveaux cas et au 7e rang pour les hospitalisations, mais au 12e rang pour les décès.

Tableau 3
Nombre annuel moyen de nouveaux cas de décès et d'hospitalisations pour 18 types de cancer, chez les HOMMES, Estrie

TYPE DE CANCER (codes CIM-9)	INCIDENCE 1998-2000			DÉCÈS 1998-1999			HOSPITALISATIONS 1999-2000 et 2000-2001		
	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang	Nombre moyen	%	Rang
Poumons (+ trachée, bronches) (162)	146	**21,4**	1	128	**35,9**	1	229	**21,6**	1
Prostate (185)	135	**19,8**	2	36	**10,1**	3	132	**12,5**	4
Côlon-rectal (153-154)	101	**14,8**	3	48	**13,4**	2	159	**15,0**	2
Leucémies (200-208)	62	9,1	4	33	9,2	4	142	**13,4**	3
Vessie (188)	53	7,8	5	10	2,8	9	60	5,7	5
Rein (189)	20	2,9	6	4	1,1	12	33	3,1	7
Pancréas (157)	19	2,8	7	12	3,4	6	36	3,4	6
Estomac (151)	17	2,5	8	16	4,5	5	25	2,4	9
Foie, vésicule et voies biliaires (155-156)	14	2,1	9	12	3,4	6	18	1,7	10
Mélanome malin de la peau (172)	13	1,9	10	2	0,6	14	12	1,1	12
Encéphale (191)	12	1,8	11	11	3,1	8	29	2,7	8
Larynx (161)	11	1,6	12	5	1,4	11	11	1,0	13
Œsophage (150)	8	1,2	13	8	2,2	10	16	1,5	11
Pharynx (146-148)	7	1,0	14	1	0,3	15	8	0,8	16
Corps thyroïde (193)	5	0,7	15	0	0,0	18	10	0,9	15
Tissu conjonctif et tissus mous (171)	5	0,7	15	1	0,3	15	11	1,0	13
Langue (141)	5	0,7	15	3	0,8	13	5	0,5	18
Testicule (186)	5	0,7	15	1	0,3	15	7	0,7	17
Autres types	44	6,5	-	26	7,3	-	117	11,0	-
Total	682	100,0	-	357	100,0	-	1 060	100,0	-

Sources : Fichier des tumeurs, 1998-2000.
Fichier des décès, 1998-1999.
Fichier Med-Echo, 1999-2000 et 2000-2001.

L'ensemble des cancers

Les facteurs de risque connus ou soupçonnés des cancers sont très diversifiés, compte tenu de la nature hétérogène des tumeurs malignes. Selon une estimation de 1992 de la proportion des décès par cancer attribuables à des facteurs de risque connus au Canada, environ la moitié de tous les cancers mortels seraient attribuables au tabac (29 %) et à l'alimentation (20 %). La profession (9 %), les antécédents familiaux (8 %) et l'alcool (6 %) seraient les autres causes courantes. Enfin, d'autres facteurs apparaissent plus mineurs, tels les facteurs liés à la reproduction (4 %), l'activité sexuelle (3 %), l'exposition au soleil (1 %), les drogues (1 %) et les rayonnements ionisants (1 %). De plus, on estime que 18 % des cancers mortels ne sont attribuables à aucun facteur de risque connu[5].

L'INCIDENCE

Le taux annuel de nouveaux cas de cancer est stable chez les Estriennes, de 1986-1988 à 1998-2000, à près de 350 cas pour 100 000 femmes. En comparaison, celui de l'ensemble des Québécoises est en hausse de 350 à 380 cas pour 100 000 pour la même période (graphique 1 et tableau 4). En conséquence, le taux estrien est très significativement inférieur à celui du Québec pour les femmes en 1998-2000.

L'analyse infrarégionale pour 1998-2000 fait ressortir un taux significativement plus faible pour les femmes de la MRC du Val-Saint-François (tableau 4). On note aussi une différence significative pour les femmes de la MRC de La Région-Sherbrookoise. Pour ces deux MRC, il s'agit d'une situation isolée non observée au cours des périodes précédentes. Les taux annuels pour l'ensemble des cancers chez les femmes de trois territoires (Haut-Saint-François, Asbestos et Coaticook) sont généralement plus faibles que ceux du Québec, et ce, de façon continue depuis 1986-1988 (tableau 4).

Pour les hommes, tant en Estrie qu'au Québec, on observe une baisse du taux annuel de nouveaux cas de cancer. Ce taux se situe à près de 500 pour 100 000 en 1998-2000, par comparaison à 525 pour 100 000 en 1986-1988 (graphique 1 et tableau 4).

Malgré l'absence de différences entre l'Estrie et le Québec, les taux annuels de nouveaux cas de cancer chez les hommes des MRC du Granit et de Coaticook sont significativement inférieurs à ceux du Québec en 1998-2000 (tableau 4). Par contre, le taux annuel pour les hommes de la MRC d'Asbestos est très significativement supérieur à celui du Québec. Pour l'ensemble des périodes, le taux annuel pour les hommes de la MRC de Coaticook est systématiquement et nettement inférieur à celui du Québec. Pour les hommes de la MRC du Granit, la tendance générale au cours de ces années (sauf 1995-1997) est aussi un taux inférieur à celui du Québec. En général, le taux annuel pour les hommes de la MRC d'Asbestos est supérieur à celui du Québec.

Graphique 1
Taux annuels moyens ajustés d'incidence de l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000

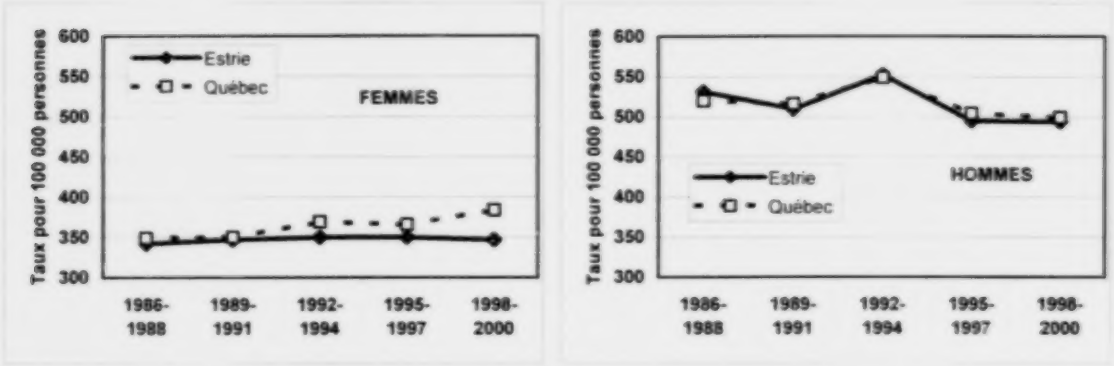


Tableau 4
Taux annuels moyens ajustés d'incidence de l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)
298	342	293	348	362	ns	**Le Granit**	446	469	523	532	**418**	*
280	316	344	329	362	ns	**Asbestos**	586	499	577	617	627	**
305	372	332	324	**325**	**ns**	**Le Haut-Saint-François**	540	476	540	500	482	ns
365	361	333	369	**309**	**	**Le Val-Saint-François**	584	489	536	500	**463**	**ns**
339	339	342	301	339	ns	**Coaticook**	451	483	487	393	**372**	**
349	348	355	358	**350**	*	**La Région-Sherbrookoise**	545	496	545	471	513	ns
387	349	399	359	**352**	**ns**	**Memphrémagog**	514	633	620	522	510	ns
342	347	350	350	**347**	**	**ESTRIE**	531	510	552	495	494	ns
349	350	369	366	384	-	**QUÉBEC**	520	516	549	504	499	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$
** = $P < 0,01$

Source : Fichier des tumeurs du Québec, 1986 à 2000.

LA MORTALITÉ

Le taux annuel de mortalité par cancer est stable chez les femmes du Québec (environ 170 cas pour 100 000 personnes) et de l'Estrie (environ 155 cas pour 100 000) pour toute la période 1986-1999 (graphique 2 et tableau 5). Cette différence est statistiquement significative en 1998-1999. Ce phénomène se répète de façon continue depuis 1986-1988, le taux estrien étant toujours inférieur à celui du Québec.

Au niveau infrarégional, les taux dans chacune des MRC ne diffèrent pas de celui du Québec en 1998-1999, à une exception près. Le taux de 128 pour 100 000 chez les femmes de la MRC du Memphrémagog est une observation isolée ne représentant pas une tendance.

Le taux annuel de mortalité par cancer diminue chez les hommes de 1986-1988 à 1998-1999 (graphique 2 et tableau 5). Cette baisse de 8 à 10 % du taux concerne autant l'Estrie que le Québec. Pour toutes les périodes analysées, le taux estrien est inférieur au taux québécois, sans que la différence ne soit significative en 1998-1999.

Aucune des MRC de la région ne présente de différence statistiquement significative par rapport au Québec en 1998-1999. Toutefois, pour toutes les périodes couvertes, le taux annuel des hommes de la MRC d'Asbestos est toujours le plus élevé.

Graphique 2
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999

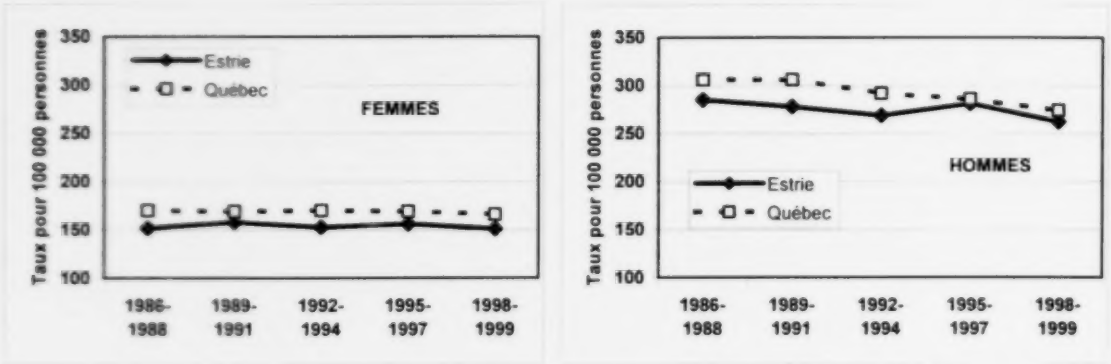


Tableau 5
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)
144	190	160	135	146	ns	Le Granit	252	279	275	277	264	ns
156	149	158	163	181	ns	Asbestos	319	355	303	379	330	ns
152	148	115	152	157	ns	Le Haut-Saint-François	263	246	270	305	270	ns
129	187	132	155	159	ns	Le Val-Saint-François	279	294	257	283	254	ns
147	167	163	159	103	ns	Coaticook	212	281	270	239	209	ns
157	155	160	157	159	ns	La Région-Sherbrookoise	304	265	274	274	250	ns
165	141	157	164	128	*	Memphrémagog	288	289	250	270	289	ns
152	158	153	156	151	*	ESTRIE	285	278	269	281	262	ns
170	169	170	169	166	-	QUÉBEC	306	306	292	286	274	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = P < 0,05
** = P < 0,01

Source : Fichier des décès du Québec, 1986 à 1999.

LES HOSPITALISATIONS

Les taux d'hospitalisations des Estriennes et des Québécoises ont diminué de l'ordre de 12 %. Entre 1989-2001, le taux est passé d'un peu plus de 600 cas pour 100 000 personne s à près de 540 cas pour 100 000. La baisse est constante au Québec, mais en Estrie la période intermédiaire 1993-1997 se caractérise par des taux plus élevés (près de 700 pour 100 000) (graphique 3 et tableau 6).

Les taux des MRC sont semblables à celui du Québec en 1999-2001, sauf dans la MRC de Memphrémagog où le taux est significativement inférieur à celui du Québec. Ce taux devra être suivi pour en dégager les tendances.

Chez les hommes, les variations des taux d'hospitalisations pour cancer sont comparables à celles mentionnées pour les femmes. La diminution globale de 1989 à 2001 est plus marquée au Québec (18 %, de 875 à 718 pour 100 000) qu'en Estrie (5 %, de 785 à 742 pour 100 000) (graphique 3 et tableau 6).

Trois MRC se démarquent du Québec quant à l'hospitalisation chez les hommes; les différences étant très significatives en 1999-2001. Le taux est plus élevé dans les MRC d'Asbestos et de Memphrémagog, mais inférieur dans la MRC du Val-Saint-François. Ces observations correspondent aux tendances se dégageant de l'examen des taux de l'ensemble des périodes analysées pour chacun de ces trois territoires.

Graphique 3
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001

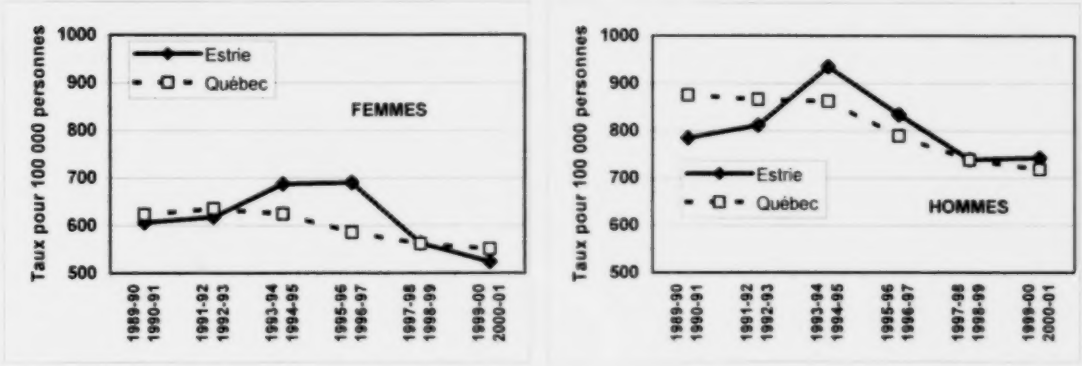


Tableau 6
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour l'ensemble des cancers, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES							Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES						
1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)		1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)
774	617	636	690	607	568	ns	Le Granit	1 003	883	1 124	989	654	632	ns
591	604	808	559	802	614	ns	Asbestos	934	1 085	981	986	962	**1 123**	**
618	449	641	746	451	531	ns	Le Haut-Saint-François	673	665	953	910	787	814	ns
692	605	649	687	486	485	ns	Le Val-Saint-François	665	716	801	700	737	**556**	**
549	638	645	664	384	473	ns	Coaticook	697	594	805	607	383	605	ns
551	589	646	698	568	531	ns	La Région-Sherbrookoise	736	795	896	851	693	735	ns
655	825	888	703	626	469	*	Memphrémagog	923	929	1 015	778	925	**860**	**
606	618	687	690	563	524	ns	ESTRIE	785	811	935	834	739	742	ns
623	635	624	585	562	551	-	QUÉBEC	875	866	862	789	738	718	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = P < 0,05
** = P < 0,01

Note : Les périodes sont de deux années financières
Source : Fichier des hospitalisations du Québec (Med-Echo), 1989-1990 à 2000-2001.

Le cancer du poumon

Le tabagisme est la principale cause du cancer du poumon tant chez les hommes que chez les femmes. On estime que près de 80 % des cancers du poumon sont attribuables à l'usage du tabac. L'exposition à la fumée de tabac peut également augmenter le risque de cancer du poumon. Il est donc clair que l'abandon du tabac contribuerait à prévenir la grande majorité des cancers du poumon. Jusqu'à ce jour, aucun dépistage efficace n'est connu[6].

On dispose toutefois de preuves suffisantes pour affirmer que plusieurs substances cancérogènes retrouvées dans certains milieux de travail causent le cancer du poumon. Mentionnons, entre autres, les rayonnements ionisants, le goudron de houille, l'amiante, l'arsenic et les composés de nickel et de chrome. En outre, l'exposition au radon peut aussi accroître le risque de développer ce cancer[7].

La survie relative pour le cancer du poumon est parmi les plus faibles. Au Québec, un an après le diagnostic, elle est de 39 % pour les femmes et de 34 % pour les hommes. Seul une femme sur cinq (20 %) et un homme sur six (17 %) survivent à ce cancer après cinq ans[8].

L'INCIDENCE

Globalement, le taux d'incidence du cancer du poumon est en hausse chez les femmes et en baisse chez les hommes, au Québec et en Estrie (graphique 4 et tableau 7), quoique le taux de nouveaux cas demeure élevé pour les hommes.

Pour les femmes, le taux de nouveaux cas augmente de 50 % de 1986-1988 à 1998-2000, au Québec (de 34 à 51 cas pour 100 000) et en Estrie (de 29 à 44 cas pour 100 000). Le taux estrien tend à être inférieur au taux québécois depuis 1992-1994, la différence étant significative en 1998-2000 (tableau 7). Au niveau infrarégional, les fortes variations d'une période à l'autre limitent l'interprétation des tendances. Malgré ce phénomène, le taux de cancer du poumon des femmes des MRC du Granit et de Coaticook semble plus bas que celui du Québec, particulièrement depuis 1992-1994.

La diminution du taux d'incidence chez les hommes est de près de 15 % de 1986-1988 à 1998-2000. Les taux québécois et estrien sont presque identiques. Aucune différence significative n'est observée en 1998-2000 au niveau des MRC. Le taux des hommes de la MRC de Coaticook est en général nettement inférieur à celui du Québec (tableau 7). Mentionnons aussi le taux très élevé chez les hommes de la MRC d'Asbestos, le taux annuel étant toujours le plus élevé en région.

Graphique 4
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000

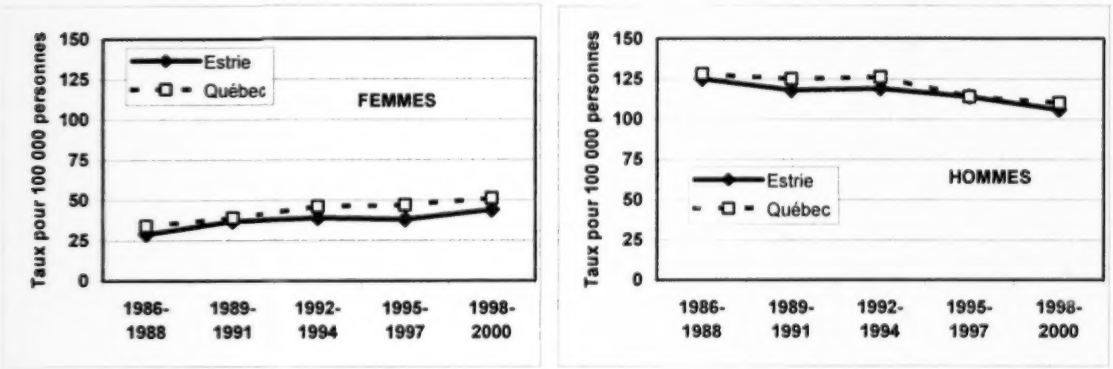


Tableau 7
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)
12	54	33	30	37	ns	Le Granit	88	120	108	131	99	ns
32	41	23	26	60	ns	Asbestos	185	148	165	178	127	ns
36	19	31	43	51	ns	Le Haut-Saint-François	130	105	134	123	119	ns
38	22	36	33	41	ns	Le Val-Saint-François	138	118	116	131	100	ns
8	29	29	25	36	ns	Coaticook	97	102	130	82	78	ns
33	38	40	44	42	*	La Région-Sherbrookoise	135	109	112	103	109	ns
28	51	59	36	46	ns	Memphrémagog	93	145	114	99	99	ns
29	37	39	38	44	*	ESTRIE	125	118	119	114	106	ns
34	39	46	47	51	-	QUÉBEC	128	125	126	114	110	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$

Source : Fichier des tumeurs du Québec, 1986 à 2000.

LA MORTALITÉ

Les décès attribuables au cancer du poumon sont en hausse constante chez les femmes. Cette hausse atteint près de 50 % de 1986-1988 à 1998-1999, tant en Estrie (de 22 à 34 décès pour 100 000) qu'au Québec (de 27 à 40 décès pour 100 000) (graphique 5 et tableau 8). Le taux estrien est systématiquement inférieur à celui du Québec, sans que cette différence ne soit statistiquement significative. Aucune des MRC ne diffère significativement du Québec en 1998-1999. Les taux les plus faibles sont le plus souvent observés pour les femmes des MRC du Granit et de Coaticook.

Le taux de mortalité chez les hommes, toujours très supérieur à celui des femmes, varie peu de 1986-1988 à 1998-1999. On note une légère diminution au Québec, mais non en Estrie (graphique 5 et tableau 8). Malgré l'absence de différence significative, le taux estrien est toujours inférieur à celui du Québec. Aucune MRC ne diffère significativement du Québec en 1998-1999. Toutefois, le taux de décès des hommes de la MRC d'Asbestos est, en général, nettement plus élevé que celui des autres MRC.

Graphique 5
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999

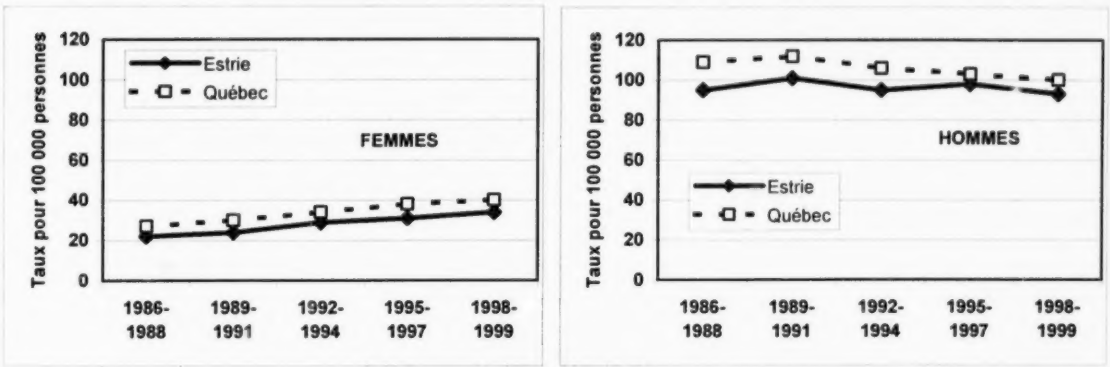


Tableau 8
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)
14	18	23	25	23	ns	**Le Granit**	81	109	91	107	98	ns
25	19	26	22	41	ns	**Asbestos**	136	142	103	157	119	ns
20	17	12	31	40	ns	**Le Haut-Saint-François**	74	98	95	141	113	ns
24	19	29	24	36	ns	**Le Val-Saint-François**	80	95	100	98	103	ns
7	15	24	39	18	ns	**Coaticook**	54	89	104	69	94	ns
24	29	28	31	39	ns	**La Région-Sherbrookoise**	106	98	94	84	83	ns
29	21	45	38	22	ns	**Memphrémagog**	97	104	86	93	85	ns
22	24	29	31	34	ns	**ESTRIE**	95	101	95	98	93	ns
27	30	34	38	40	-	**QUÉBEC**	109	112	106	103	100	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif

Source : Fichier des décès du Québec, 1986 à 1999.

LES HOSPITALISATIONS

Le taux d'hospitalisations des femmes pour le cancer du poumon demeure constant depuis 1993-1995 en Estrie et depuis 1991-1993 au Québec (graphique 6 et tableau 9). Tant l'Estrie que ses MRC ne diffèrent pas significativement du Québec en 1999-2001, à une exception près. Le très haut taux d'hospitalisations des femmes de la MRC du Haut-Saint-François est une observation isolée ne s'inscrivant dans aucune tendance.

Chez les hommes, les hospitalisations pour cancer du poumon sont en diminution en Estrie (18 %) et au Québec (26 %), de 1993-1995 à 1999-2001 (graphique 6 et tableau 9). Le taux estrien, de même que celui de cinq des sept MRC de la région, ne diffère pas de celui du Québec. Dans la MRC d'Asbestos, le taux d'hospitalisations des hommes est toujours très élevé, et de beaucoup supérieur à celui du Québec en 1999-2001. Le taux d'hospitalisations de la MRC du Granit est aussi généralement plus élevé que celui du Québec, du moins depuis 1993-1995. Par contre, le taux de la MRC de Coaticook est souvent le plus faible de la région.

Graphique 6
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001

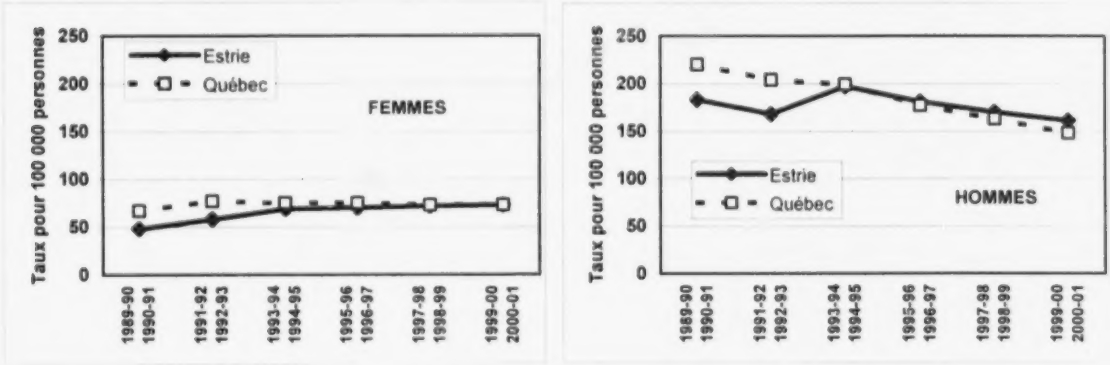


Tableau 9
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du poumon, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES							Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES						
1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)		1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)
77	104	76	29	58	79	ns	**Le Granit**	248	208	237	185	180	211	*
42	88	80	28	98	69	ns	**Asbestos**	257	252	264	292	303	246	**
52	8	66	78	50	117	*	**Le Haut-Saint-François**	120	124	227	271	158	163	ns
35	36	50	90	57	60	ns	**Le Val-Saint-François**	128	180	191	169	210	116	ns
20	29	35	43	50	79	ns	**Coaticook**	130	101	126	89	76	116	ns
51	52	59	81	82	71	ns	**La Région-Sherbrookoise**	167	145	180	172	146	165	ns
51	92	124	69	64	63	ns	**Memphrémagog**	254	204	194	150	179	129	ns
48	58	69	70	72	73	ns	**ESTRIE**	183	168	197	181	170	161	ns
67	77	75	75	73	73	-	**QUÉBEC**	220	204	199	177	163	148	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = P < 0,05
** = P < 0,01

Note : Les périodes sont de deux années financières.
Source : Fichier des hospitalisations du Québec (Med-Echo), 1989-1990 à 2000-2001..

Le cancer côlon-rectal

Le facteur de risque le mieux connu du cancer côlon-rectal est une alimentation riche en gras et en viande, et pauvre en fibres, en fruits et en légumes. Les affections intestinales chroniques et certaines maladies héréditaires (polypose) font augmenter le risque[9].

La modification des habitudes alimentaires représente la meilleure façon de réduire l'incidence du cancer côlon-rectal.

Plusieurs modalités de dépistage ont été proposées, notamment la recherche de sang occulte dans les selles, la colonoscopie et le toucher rectal. Selon les connaissances actuelles, aucune forme de dépistage à grande échelle n'est recommandée et acceptable[10]. De plus, il est impossible d'estimer la proportion de personnes qui ont recours à ces services au Québec[11].

La survie relative pour le cancer côlon-rectal est presque identique chez les femmes et les hommes du Québec. Après un an, les trois quarts des personnes atteintes survivent. Après cinq ans, un peu plus de la moitié (54-55 %) des personnes diagnostiquées ne sont pas décédées de ce cancer[12].

L'INCIDENCE

Le taux de nouveaux cas de cancer côlon-rectal est assez stable au Québec de 1986-1988 à 1998-2000, tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, pour la même période, la situation régionale est différente : le taux est en baisse de 26 % (de 57 à 42 pour 100 000) pour les Estriennes et en hausse apparente et difficilement quantifiable pour les Estriens (graphique 7 et tableau 10).

En 1998-2000, les taux québécois et estrien, de même que ceux des territoires de l'Estrie, ne diffèrent pas significativement. On note cependant que le taux d'incidence chez les hommes de la MRC du Granit est généralement inférieur à celui du Québec (tableau 10).

Graphique 7
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000

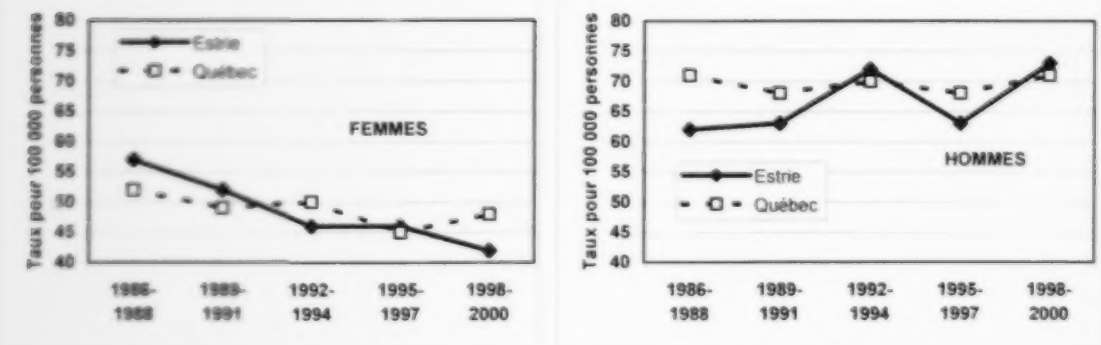


Tableau 10
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)
43	29	35	52	44	ns	Le Granit	33	37	79	53	51	ns
43	51	55	62	38	ns	Asbestos	71	48	50	60	91	ns
36	74	52	57	32	ns	Le Haut-Saint-François	64	79	45	76	64	ns
60	56	47	55	37	ns	Le Val-Saint-François	82	44	71	62	69	ns
52	54	53	46	46	ns	Coaticook	21	61	73	56	62	ns
61	54	43	42	43	ns	La Région-Sherbrookoise	60	70	74	61	78	ns
72	40	51	44	45	ns	Memphrémagog	83	70	88	70	75	ns
57	52	46	46	42	ns	ESTRIE	62	63	72	63	73	ns
52	49	50	45	48	-	QUÉBEC	71	68	70	68	71	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$
** = $P < 0,01$

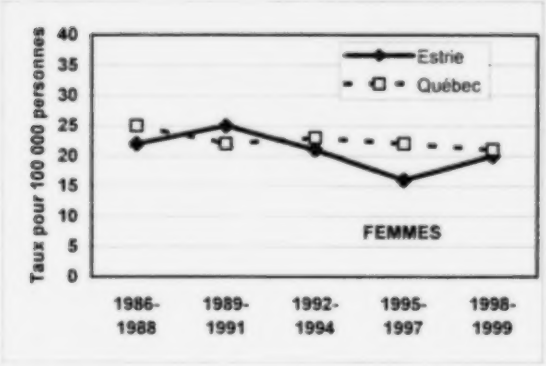
Source : Fichier des tumeurs du Québec, 1986 à 2000.

LA MORTALITÉ

Le taux de mortalité due à un cancer côlon-rectal est assez stable chez les femmes de 1986 à 1999. Pour la même période, le taux québécois des hommes est stable, alors que le taux estrien est en hausse de 30 % (de 27 à 35 pour 100 000) (graphique 8 et tableau 11).

Les taux de mortalité pour cette cause observée en 1998-1999 sont quasi-identiques au Québec et en Estrie, pour les femmes et pour les hommes. L'absence de différence significative se reflète pour chacune des MRC de la région, à une exception près. Le très faible taux de mortalité due à ce cancer pour les femmes de la MRC du Haut-Saint-François est une observation isolée, qui n'est aucunement représentative d'une tendance.

Graphique 8
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999



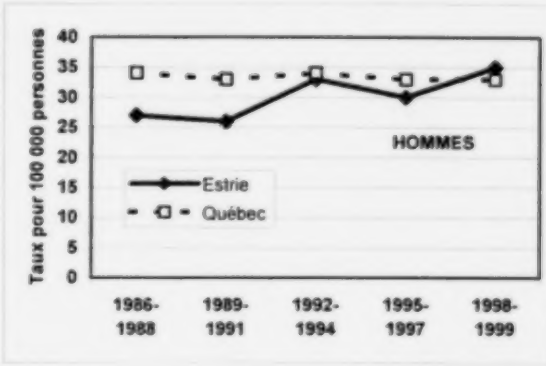


Tableau 11
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES						Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES					
1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)		1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)
19	21	18	23	28	ns	**Le Granit**	16	24	25	32	16	ns
10	21	25	20	35	ns	**Asbestos**	15	13	44	34	32	ns
21	44	22	18	3	*	**Le Haut-Saint-François**	35	27	22	36	30	ns
20	24	16	32	15	ns	**Le Val-Saint-François**	44	29	27	28	31	ns
12	21	22	23	20	ns	**Coaticook**	20	14	36	31	24	ns
25	22	24	13	21	ns	**La Région-Sherbrookoise**	23	29	37	29	37	ns
26	29	16	10	18	ns	**Memphrémagog**	39	28	31	28	46	ns
22	25	21	16	20	ns	**ESTRIE**	27	26	33	30	35	ns
25	22	23	22	21	-	**QUÉBEC**	34	33	34	33	33	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$

Source : Fichier des décès du Québec, 1986 à 1999.

LES HOSPITALISATIONS

Le taux d'hospitalisations des Québécoises pour le cancer côlon-rectal tend à diminuer légèrement de 1989-1991 à 1999-2001. Pour les Estriennes, le taux est relativement stable pour la même période. Les taux québécois et estrien des femmes ne diffèrent pas significativement (graphique 9 et tableau 12).

Au niveau infrarégional, le taux d'hospitalisations des femmes de deux MRC (Le Haut-Saint-François et Coaticook) est statistiquement plus faible que celui du Québec en 1999-2001. Les valeurs observées au cours des cinq périodes précédentes sont assez proches de celles du Québec pour la MRC du Haut-Saint-François, mais toujours inférieures à celles du Québec pour la MRC de Coaticook.

Le taux d'hospitalisations des hommes pour le cancer côlon-rectal est stable au Québec et tend à augmenter en Estrie (graphique 9 et tableau 12). Ces taux sont toujours supérieurs à ceux des femmes. Toutefois, en 1999-2001, les taux ne diffèrent pas significativement.

Le taux des hommes de la MRC du Memphrémagog est très élevé en 1999-2001, la différence par rapport au Québec étant très significative. Toutefois, pour l'ensemble de la période couverte (1989-1991 à 1999-2001), on note de façon irrégulière certains taux plus élevés, sans que l'on puisse en déduire une tendance dans la MRC du Memphrémagog ou dans celle d'Asbestos, à une exception près. Dans la MRC de Coaticook, le taux des hommes est presque toujours très inférieur à celui du Québec, quoique aucune différence significative ne soit relevée pour 1999-2001.

Graphique 9
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001

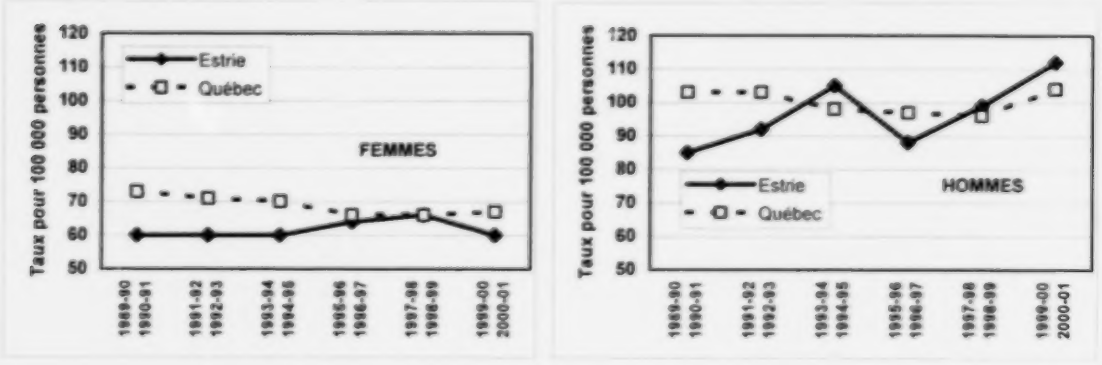


Tableau 12
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer côlon-rectal, pour 100 000 personnes, selon le sexe, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001

Taux annuels moyens ajustés - FEMMES							Territoire	Taux annuels moyens ajustés - HOMMES						
1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)		1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)
50	49	84	68	74	67	ns	**Le Granit**	63	87	135	87	42	78	ns
63	50	54	90	95	79	ns	**Asbestos**	73	138	74	150	105	151	ns
62	60	61	81	67	**27**	**	**Le Haut-Saint-François**	98	56	86	88	78	121	ns
92	63	65	78	44	60	ns	**Le Val-Saint-François**	50	82	99	75	120	76	ns
53	49	46	72	59	29	*	**Coaticook**	49	113	53	83	39	61	ns
55	66	52	59	63	56	ns	**La Région-Sherbrookoise**	91	90	106	85	110	105	ns
59	60	80	51	80	91	ns	**Memphrémagog**	121	103	133	79	117	**171**	**
60	60	60	64	66	60	ns	**ESTRIE**	85	92	105	88	99	112	ns
73	71	70	66	66	67	-	**QUÉBEC**	103	103	98	97	96	104	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = P < 0,05
** = P < 0,01

Note : Les périodes sont de deux années financières.
Source : Fichier des hospitalisations du Québec (Med-Echo), 1989-1990 à 2000-2001.

Le cancer du sein chez la femme

De nombreuses études ont démontré que le développement hormonal et la consommation d'hormones de remplacement joueraient un rôle très important dans l'étiologie du cancer du sein. Cependant, la plupart des associations signalées sont relativement faibles et parfois inconstantes, et les modes d'action ne sont pas bien compris. Par exemple, l'apparition des premières règles à un âge précoce et la survenue tardive de la ménopause font augmenter le risque, alors qu'une ovariectomie bilatérale précoce réduit ce risque[13].

Des antécédents familiaux de cancer du sein, en particulier s'ils sont survenus chez une mère ou une sœur à un jeune âge, représentent un facteur de risque important. Un certain nombre d'affections du sein sont considérées comme des facteurs prédisposants, notamment une maladie fibrokystique bénigne du sein et une grande densité des seins[14].

La plupart des facteurs qui influent sur le risque de développement d'un cancer du sein n'ont qu'une influence limitée et ne sont pas généralement faciles à modifier[15].

Tel qu'il a été démontré par un grand nombre d'études, le moyen le plus efficace de réduire la mortalité due à ce cancer est la détection précoce. La mammographie périodique chez les femmes de 50 ans et plus est donc très fortement recommandée.

Une grande majorité des Québécoises (93 %) survivent à ce cancer un an après le diagnostic. Plus des trois quarts (78 %) des femmes atteintes survivent après cinq ans, pour la période 1984-1998. Signe fort encourageant, on observe en une décennie un accroissement notable de la survie de 75 % (cas déclarés en 1984-1986) à 81 % (cas déclarés en 1993-1995). La survie relative pour le cancer du sein se stabilise à 69 % après 11 ans[16].

L'INCIDENCE

Le taux d'incidence du cancer du sein chez la femme est en progression constante au Québec de 1986-1988 à 1998-2000, la hausse étant de 21 % (de 98 à 119 pour 100 000) (graphique 10 et tableau 13). En Estrie, malgré de fortes fluctuations, la progression du taux de nouveaux cas serait du même ordre de grandeur. Le taux estrien est inférieur au taux québécois en 1998-2000, la différence étant significative. Cette situation est aussi observable pour la plupart des périodes antérieures.

Au niveau sous-régional, aucun taux ne diffère significativement du Québec en 1998-2000. Compte tenu des fluctuations temporelles du taux d'incidence au niveau des MRC, les tendances ne ressortent pas clairement. Notons toutefois que le taux d'incidence pour les résidantes de la MRC d'Asbestos est presque toujours le plus bas de la région. Les taux chez la femme des MRC du Haut-Saint-François et de Coaticook sont généralement inférieurs à ceux du Québec (tableau 13).

Graphique 10
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000

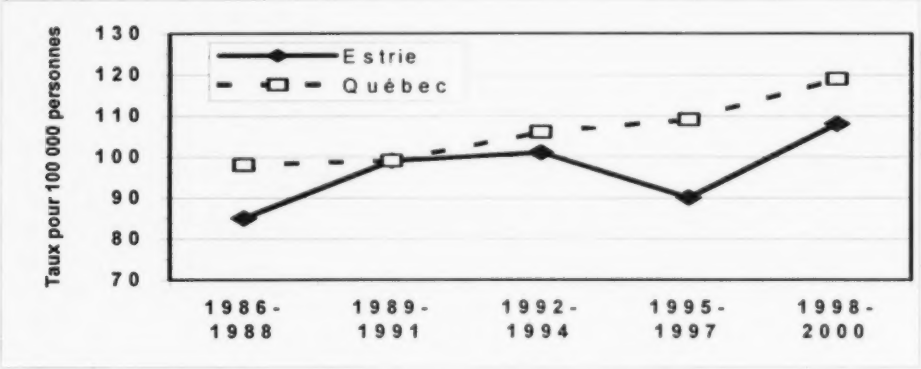


Tableau 13
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000

Territoire	Taux annuels moyens ajustés					
	1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)
Le Granit	63	99	86	95	135	ns
Asbestos	68	82	74	78	100	ns
Le Haut-Saint-François	62	100	93	75	104	ns
Le Val-Saint-François	71	130	90	115	107	ns
Coaticook	89	85	93	47	106	ns
La Région-Sherbrookoise	91	95	112	93	106	ns
Memphrémagog	110	108	106	94	112	ns
ESTRIE	85	99	101	90	108	*
QUÉBEC	98	99	106	109	119	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$

Source : Fichier des tumeurs du Québec, 1986 à 2000.

LA MORTALITÉ

Le taux de décès par cancer du sein est en baisse de 1986-1988 à 1998-1999, surtout depuis 1992-1994. Cette diminution est de 17 % au Québec (de 35 à 29 pour 100 000) et atteint 28 % en Estrie (de 32 à 23 pour 100 000) (graphique 11 et tableau 14). La différence entre le Québec et l'Estrie n'est pas significative en 1998-1999. Règle générale, le taux des Estriennes est inférieur au taux des Québécoises.

Aucune des MRC de la région ne diffère significativement du Québec en 1998-1999. Les taux de mortalité les plus faibles sont observés chez les femmes de la MRC du Haut-Saint-François et de Coaticook.

Graphique 11
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999

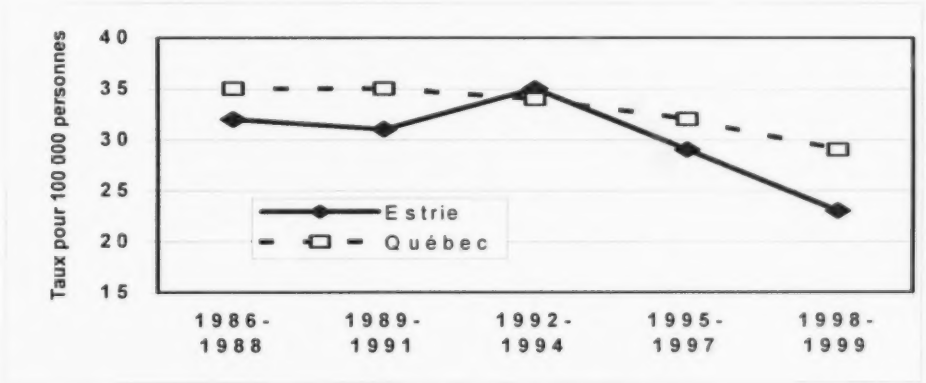


Tableau 14
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999

Territoire	Taux annuels moyens ajustés					
	1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)
Le Granit	30	51	36	17	14	ns
Asbestos	43	26	38	19	19	ns
Le Haut-Saint-François	22	25	22	32	20	ns
Le Val-Saint-François	23	32	35	32	36	ns
Coaticook	27	23	32	12	8	ns
La Région-Sherbrookoise	33	35	35	31	27	ns
Memphrémagog	36	22	40	36	19	ns
ESTRIE	32	31	35	29	23	ns
QUÉBEC	35	35	34	32	29	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif

Source : Fichier des décès du Québec, 1986 à 1999.

LES HOSPITALISATIONS

Le taux d'hospitalisations pour cancer du sein est en baisse progressive au Québec, de 1989-1991 à 1999-2001, la diminution étant de 22 %. En Estrie, l'évolution de ce taux est plus complexe. Les valeurs maximales observées durant la période 1991-1995 (plus de 170 pour 100 000) sont supérieures à celles du Québec. Par la suite, les taux estrien et québécois sont très semblables, puis le taux des Estriennes est significativement inférieur à celui des Québécoises en 1999-2001 (graphique 12 et tableau 15).

Aucune des MRC de l'Estrie ne diffère significativement du Québec en 1999-2001. On note de très fortes fluctuations de ces taux d'hospitalisations pour les femmes de chacune des MRC, qu'il y ait ou non un centre hospitalier dans la MRC. Les valeurs les plus élevées concernent les résidantes dans la MRC de Memphrémagog, sauf en 1999-2001.

Graphique 12
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001

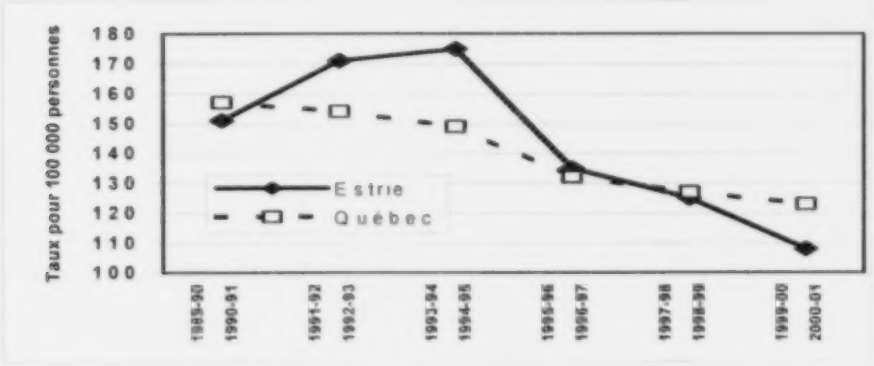


Tableau 15
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer du sein chez la femme, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001

Territoire	Taux annuels moyens ajustés						
	1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	Sign. (A)
Le Granit	136	171	161	99	151	153	ns
Asbestos	108	182	178	121	112	87	ns
Le Haut-Saint-François	118	150	195	141	127	102	ns
Le Val-Saint-François	169	198	124	150	99	131	ns
Coaticook	164	113	148	145	70	87	ns
La Région-Sherbrookoise	152	155	181	132	117	105	ns
Memphrémagog	181	246	206	162	190	103	ns
ESTRIE	151	171	175	135	125	108	*
QUÉBEC	157	154	149	132	127	123	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0.05$

Note : Les périodes sont de deux années financières
Source : Fichier des hospitalisations du Québec (Med-Echo), 1989-1990 à 2000-2001.

Le cancer de la prostate

Les causes du cancer de la prostate sont essentiellement inconnues. En absence de données probantes sur les causes, on ne peut formuler de recommandation relative à la prévention primaire.

Plusieurs méthodes sont utilisées pour le dépistage du cancer de la prostate, dont le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA), le toucher rectal et l'échographie de la prostate. Toutefois, les données concernant l'efficacité de ces tests sont insuffisantes. L'usage plus répandu du dosage de l'antigène prostatique spécifique a entraîné une augmentation des cas diagnostiqués, mais il s'agit souvent de lésions occultes qui sont moins malignes et pourraient ne jamais devenir apparentes cliniquement. D'ailleurs, on estime que de 10 à 30 % des hommes de plus de 50 ans sont porteurs d'une forme occulte du cancer de la prostate[17].

La survie relative pour le cancer de la prostate est élevée (90 %) après un an. Plus de trois Québécois sur quatre (77 %) survivent à ce cancer après cinq ans, pour la période 1984-1998. Cette proportion est en progression constante de 70 % (cas déclarés en 1984-1986) à 84 % (cas déclarés en 1993-1995). La survie relative se stabilise à 72 % après neuf ans[18].

L'INCIDENCE

Le taux de nouveaux cas du cancer de la prostate, malgré des fluctuations importantes, n'a pas changé de façon notable de 1986-1988 à 1998-2000. Même si le taux estrien ne diffère pas significativement du taux québécois pour la dernière période, soit 1998-2000, le taux d'incidence des Estriens est supérieur à celui des Québécois pour les cinq périodes analysées (graphique 13 et tableau 16).

Au niveau sous-régional, le bas taux d'incidence chez les hommes de la MRC de Coaticook en 1998-2000 semble une valeur isolée non représentative de la tendance observée dans cette MRC au cours des 15 années. Dans l'ensemble, les MRC de la région ne se démarquent pas nettement du Québec lorsque l'on considère une période de 15 ans. En excluant la dernière période (1998-2000), les taux de la MRC de Memphrémagog sont très supérieurs à ceux du Québec.

Graphique 13
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-2000

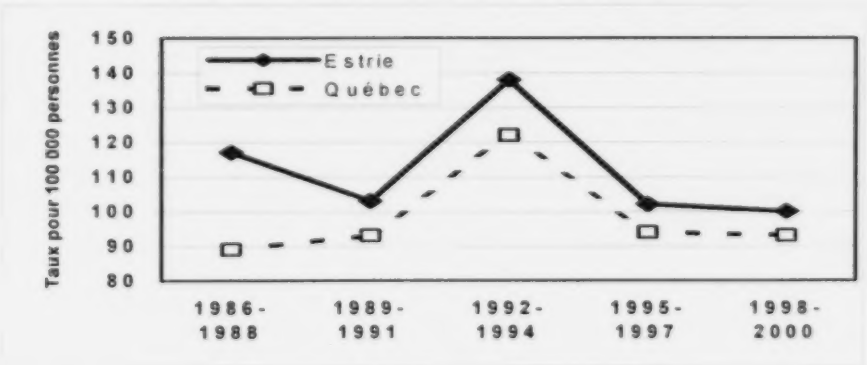


Tableau 16
Taux annuels moyens ajustés d'incidence du cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-2000

Territoire	Taux annuels moyens ajustés					
	1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-2000	Sign. (A)
Le Granit	76	78	144	111	97	ns
Asbestos	128	69	113	132	119	ns
Le Haut-Saint-François	153	86	116	69	99	ns
Le Val-Saint-François	120	93	133	106	101	ns
Coaticook	128	103	96	94	61	ns
La Région-Sherbrookoise	117	103	141	97	103	ns
Memphrémagog	114	158	167	117	98	ns
ESTRIE	117	103	138	102	100	ns
QUÉBEC	89	93	122	94	93	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif
* = $P < 0,05$

Source : Fichier des tumeurs du Québec, 1986 à 2000.

LA MORTALITÉ

Au Québec, le taux de décès par cancer de la prostate diminue progressivement depuis 1986. Cette baisse de près de 20 % semble aussi présente en Estrie, mais les variations temporelles estriennes sont assez importantes. Des données ultérieures nous permettrons de mieux saisir ces tendances. On observe aucune différence significative entre l'Estrie et le Québec, ni pour aucune MRC de la région, en 1998-1999 (graphique 14 et tableau 17).

Pour l'ensemble des périodes, les taux de la plupart des MRC sont globalement semblables à ceux du Québec. Le taux des résidants de la MRC du Haut-Saint-François est généralement inférieur à celui du Québec, tandis que celui des hommes de la MRC de Memphrémagog surpasse le plus souvent celui du Québec.

Graphique 14
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1986-1988 à 1998-1999

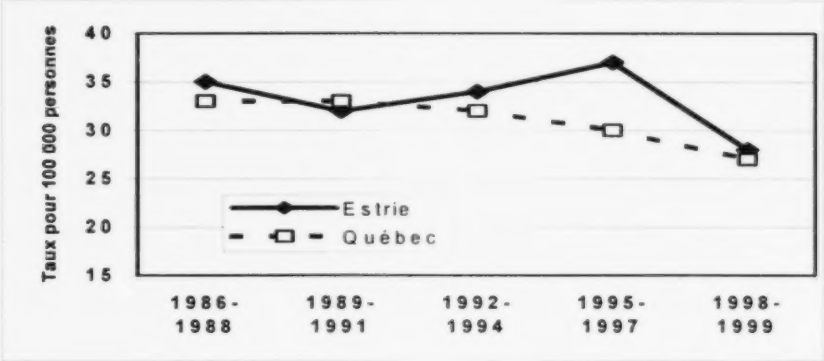


Tableau 17
Taux annuels moyens ajustés de mortalité pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1986-1988 à 1998-1999

Territoire	Taux annuels moyens ajustés					
	1986-1988	1989-1991	1992-1994	1995-1997	1998-1999	Sign. (A)
Le Granit	34	23	61	26	34	ns
Asbestos	29	47	46	50	23	ns
Le Haut-Saint-François	25	33	15	24	14	ns
Le Val-Saint-François	32	38	33	48	12	ns
Coaticook	54	33	31	32	6	ns
La Région-Sherbrookoise	36	34	27	37	32	ns
Memphrémagog	38	20	41	40	41	ns
ESTRIE	35	32	34	37	28	ns
QUÉBEC	33	33	32	30	27	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif

Source : Fichier des décès du Québec, 1986 à 1999.

LES HOSPITALISATIONS

Le taux d'hospitalisations pour cancer de la prostate a augmenté de 1989-1991 à 1993-1995, au Québec et en Estrie. Par la suite, les taux ont fortement chuté en 1995-1997, puis se sont stabilisés depuis 1997-1999 (graphique 15 et tableau 18). Les taux estrien et québécois sont très semblables pour cinq des six périodes. Ces taux ne diffèrent pas significativement en 1999-2001, ni pour la région, ni pour aucune des MRC de la région.

Pour l'ensemble des périodes, les taux d'hospitalisations tendent à être plus élevés dans les MRC d'Asbestos et de Memphrémagog, et plus bas dans la MRC de Coaticook.

Graphique 15
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec et Estrie, de 1989-1990 à 2000-2001

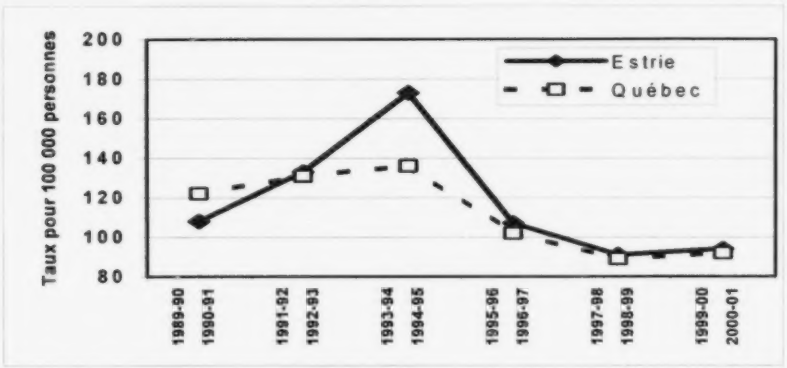


Tableau 18
Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations pour le cancer de la prostate, pour 100 000 personnes, Québec, Estrie et MRC, de 1989-1990 à 2000-2001

Territoire	Taux annuels moyens ajustés						
	1989-90 1990-91	1991-92 1992-93	1993-94 1994-95	1995-96 1996-97	1997-98 1998-99	1999-00 2000-01	sign. (A)
Le Granit	121	123	247	120	96	60	ns
Asbestos	146	202	163	158	89	132	ns
Le Haut-Saint-François	84	73	133	74	46	107	ns
Le Val-Saint-François	99	146	133	82	116	67	ns
Coaticook	87	60	118	98	68	67	ns
La Région-Sherbrookoise	103	138	171	109	87	97	ns
Memphrémagog	126	154	198	114	115	106	ns
ESTRIE	108	133	173	107	91	94	ns
QUÉBEC	122	131	136	102	89	92	-

Sign. (A) = signification statistique de la comparaison avec l'ensemble du Québec, par le calcul d'un indice comparatif
ns = non significatif

Note : Les périodes sont de deux années financières.
Source : Fichier des hospitalisations du Québec (Med-Echo), 1989-1990 à 2000-2001

Les particularités sous-régionales

Les particularités concernant l'Estrie et chacune de ses sept divisions territoriales sont le résultat de l'examen analytique et critique présenté aux sections précédentes. Dans tous les cas, les comparaisons se font par rapport à l'ensemble du Québec. Seuls les éléments ayant un caractère répétitif au cours des périodes temporelles retenues sont considérés. Les évènements isolés sont exclus. Les éléments énumérés sont des constats ou tendances ne reposant pas sur une signification statistique stricte, mais plutôt sur la valeur de la répétition d'une situation dans une population. Cette approche analytique est moins restrictive que l'approche statistique conventionnelle.

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU GRANIT

Le taux d'incidence pour l'ENSEMBLE DES CANCERS chez les hommes est généralement inférieur à celui du Québec. Globalement, l'écart est de l'ordre de 10 %.

Pour le CANCER DU POUMON, le taux de nouveaux cas chez les femmes est plus bas (de l'ordre de 25 à 50 %) que celui du Québec depuis 1992-1994. Le taux de mortalité des femmes diffère aussi de celui du Québec, étant inférieur de 30 à 40 % depuis 1986-1988. Le taux d'hospitalisations des hommes est généralement supérieur de 10 à 40 % à celui du Québec.

Le taux des nouveaux cas de CANCER CÔLON-RECTAL chez les hommes est généralement très inférieur à celui du Québec, de 20 à 50 % pour quatre périodes sur cinq.

> ***En résumé, chez les FEMMES de la MRC du Granit, les taux d'incidence et de mortalité pour le cancer du poumon sont beaucoup plus bas qu'au Québec, d'au moins 25 %.***
>
> ***Le taux de nouveaux cas de cancer chez les HOMMES de la MRC du Granit, en particulier le cancer côlon-rectal, est inférieur au taux québécois.***

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC D'ASBESTOS

Le taux d'incidence pour l'ENSEMBLE DES CANCERS chez les femmes est plus faible que celui du Québec. Cet écart se situe, selon les périodes, entre 10 et 20 %. Le taux de mortalité des hommes est le plus élevé dans la région, quoique ne présentant pas un écart significatif avec le Québec. Au cours des dernières périodes (1995-1997 et 1998-2000), il surpasse d'au moins 20 % celui du Québec. Le taux d'hospitalisations des hommes est aussi plus élevé qu'au Québec, le surplus atteignant le plus souvent 25 à 50 % depuis 1991-1993.

Le taux de nouveaux cas de CANCER DU POUMON chez les hommes est le plus élevé de la région, sauf en 1998-2000. Pour quatre des cinq périodes analysées, il surpasse de 20 à 50 % celui du Québec. Le taux de mortalité des hommes y est aussi élevé, surpassant celui du Québec de plus de 20 %, sauf en 1992-1994. Le taux d'hospitalisations des hommes est très supérieur à celui du Québec, d'au moins 20 % jusqu'en 1993-1995 et de l'ordre de 70 % depuis 1995-1997.

Le taux d'incidence du CANCER DU SEIN chez les résidantes de ce territoire est inférieur de 20 à 30 % à celui du Québec.

Le taux d'hospitalisations pour CANCER DE LA PROSTATE surpasse en général (cinq périodes sur six) de 20 à 50 % le taux québécois.

En résumé, les FEMMES de la MRC d'Asbestos ont un taux de cancer, surtout de cancer du sein, inférieur à celui des Québécoises, la différence avoisinant 10 à 20 %.

La situation du cancer chez les HOMMES de la MRC d'Asbestos est la plus préoccupante en Estrie. L'incidence du cancer du poumon est la plus élevée en région, les taux de mortalité de l'ensemble des cancers et celui du poumon sont aussi les plus élevés de l'Estrie. De plus, les taux d'hospitalisations de l'ensemble des cancers, de même que ceux du poumon et de la prostate, sont très supérieurs à ceux du Québec. Tous ces écarts sont de 20 % et plus.

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS

Le taux d'incidence pour l'ENSEMBLE DES CANCERS chez les femmes est généralement inférieur à celui du Québec, l'écart étant d'au moins 10 %.

Le taux de nouveaux cas du CANCER DU SEIN est le plus souvent inférieur à celui des Québécoises, l'écart fluctuant de 10 à 30 %. Pour les décès, l'écart est encore plus grand, se situant à 30 % inférieur pour quatre des cinq périodes.

Le taux de mortalité par CANCER DE LA PROSTATE est généralement plus bas que celui du Québec, l'écart variant de 20 à 50 %

En résumé, chez les FEMMES de la MRC du Haut-Saint-François, le taux de nouveaux cas de cancer, surtout de cancer du sein, est plus bas que celui des Québécoises, d'au moins 10 %. Cet écart atteint même 30 % pour le taux de décès attribuables au cancer du sein.

La seule particularité des HOMMES de la MRC du Haut-Saint-François est un taux de mortalité inférieur au Québec pour le cancer de la prostate.

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DU VAL-SAINT-FRANÇOIS

Le seul élément à souligner pour la MRC du Val-Saint-François est un taux d'hospitalisations des hommes particulièrement bas pour l'ENSEMBLE DES CANCERS. En général, ce taux est inférieur de 10 à 20 % à celui du Québec.

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE COATICOOK

Le taux d'incidence pour l'ENSEMBLE DES CANCERS est plus faible que celui du Québec. L'écart est plus marqué chez les hommes que chez les femmes. Pour les périodes les plus récentes (1995-1997 et 1998-2000), le taux des femmes est inférieur d'environ 20 % à celui du Québec, alors que pour les hommes l'écart est de 20 à 40 %. Pour les périodes les plus récentes (1995-1997 et 1998-1999), le taux de mortalité des hommes est inférieur de 20 % à celui du Québec.

Le taux de nouveaux cas de CANCER DU POUMON chez les résidants de cette MRC est nettement inférieur à celui du Québec. L'écart est de près de 40 % pour les femmes et se situe, en général, entre 20 et 40 % pour les hommes. Le taux de décès des femmes est beaucoup plus bas que celui du Québec, de l'ordre de 50 %, sauf en 1995-1997. Les taux d'hospitalisations sont inférieurs à ceux du Québec jusqu'en 1997-1999, de 40 à 50 % pour les hommes et de 30 à 70 % pour les femmes.

Le taux d'hospitalisations des résidants pour CANCER CÔLON-RECTAL est généralement inférieur à celui du Québec. Pour les hommes, l'écart est supérieur à 40 % pour quatre périodes sur six. Pour les femmes, l'écart varie le plus souvent de 10 à 30 %.

Le taux d'incidence du CANCER DU SEIN est toujours inférieur à celui des Québécoises, de 10 à 20 % en général. Le taux de mortalité est toujours plus bas chez les femmes de ce territoire. L'écart atteint même 60 % depuis 1995-1997.

Le taux d'hospitalisations pour CANCER DE LA PROSTATE est inférieur à celui du Québec. Les écarts sont très variables, mais se situent généralement entre 15 et 50 %.

> ***En résumé, les taux de nouveaux cas de cancer, de même que ceux du poumon et du sein, des FEMMES de la MRC de Coaticook sont nettement plus bas que celui des Québécoises, les écarts dépassant souvent 20 %. De plus, les taux de décès pour les cancers du poumon et du sein sont très inférieurs (de l'ordre de 50 %) à ceux des Québécoises. En général, les taux d'hospitalisations sont aussi inférieurs à ceux du Québec pour le cancer du poumon et le cancer côlon-rectal.***
>
> ***Chez les HOMMES de la MRC de Coaticook, les taux d'incidence et de décès pour l'ensemble des cancers et particulièrement pour le cancer du poumon sont inférieurs d'au moins 20 % à ceux des Québécois. Finalement, les taux d'hospitalisations sont plus bas que ceux du Québec pour le cancer du poumon, le cancer côlon-rectal et le cancer de la prostate.***

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE LA RÉGION-SHERBROOKOISE

Le seul élément caractérisant ce territoire est le taux de nouveaux cas de CANCER DU SEIN chez les femmes qui est, en général, un peu plus bas que celui du Québec; l'écart se situant à près de 15 % depuis 1995-1997.

SYNTHÈSE DES CANCERS DANS LA MRC DE MEMPHRÉMAGOG

Le taux d'hospitalisations des hommes pour l'ENSEMBLE DES CANCERS est supérieur à celui du Québec. L'écart est de 20 % depuis 1993-1995, sauf en 1995-1997.

Le taux d'hospitalisations des femmes pour CANCER DU SEIN est supérieur de 20 à 50 % à celui du Québec, sauf pour la dernière période (1999-2001).

Le taux de nouveaux cas du CANCER DE LA PROSTATE dans ce territoire dépasse largement (de 25 à 70 %) celui du Québec, sauf en 1998-2000. Le taux de mortalité est généralement supérieur de 20 à 50 % à celui du Québec. Le taux d'hospitalisations est le plus souvent supérieur de 10 à 30 % à celui du Québec.

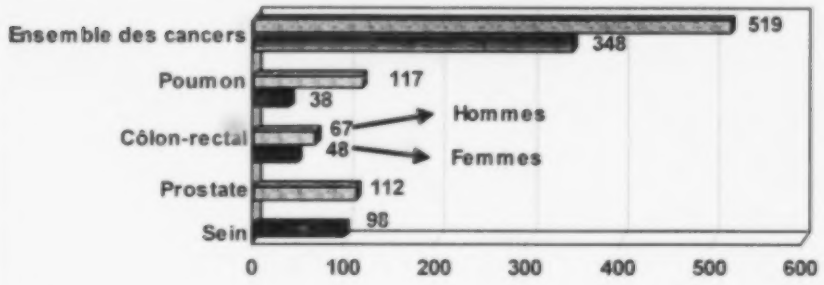
En résumé, les FEMMES de la MRC de Memphrémagog sont en général plus souvent hospitalisées que les Québécoises pour le cancer du sein, mais les taux d'incidence et de mortalité sont équivalents.

Les taux d'incidence et de décès pour le cancer de la prostate surpassent d'au moins 25 % ceux des HOMMES du Québec. Les taux d'hospitalisations, pour l'ensemble des cancers et particulièrement pour celui de la prostate, sont aussi supérieurs à ceux du Québec.

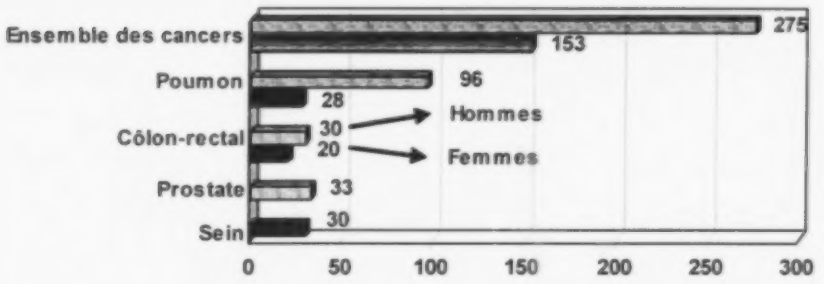
Annexes

Estrie

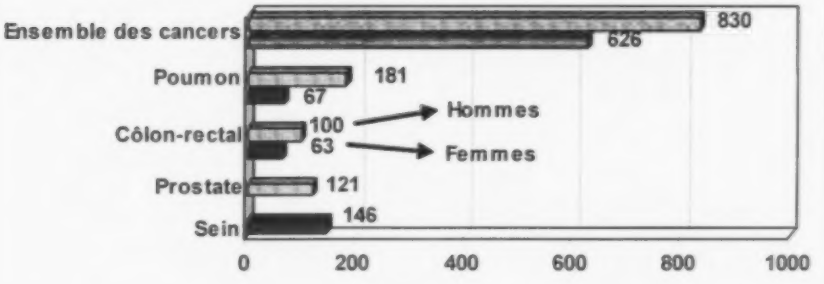
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

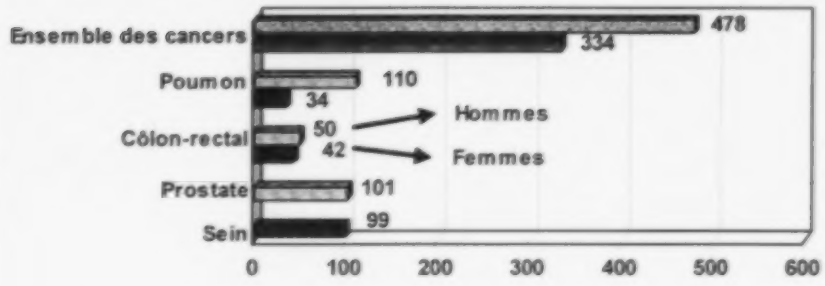


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

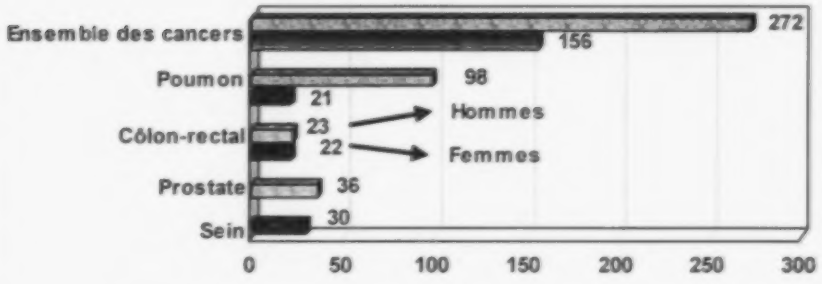


MRC du Granit

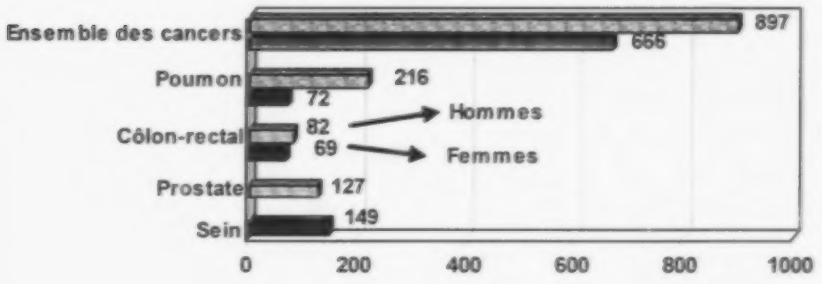
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

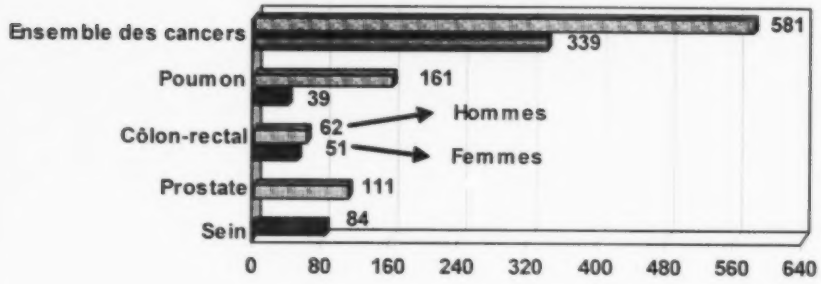


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

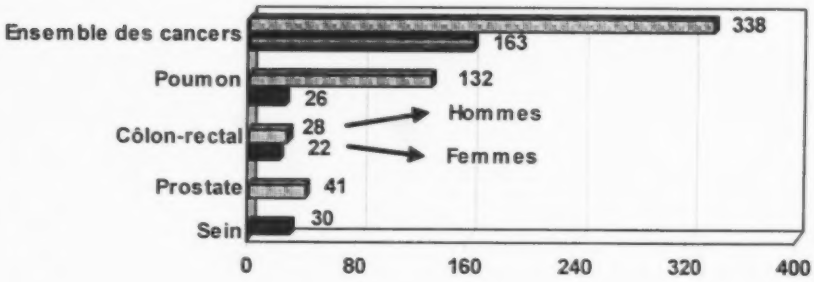


MRC d'Asbestos

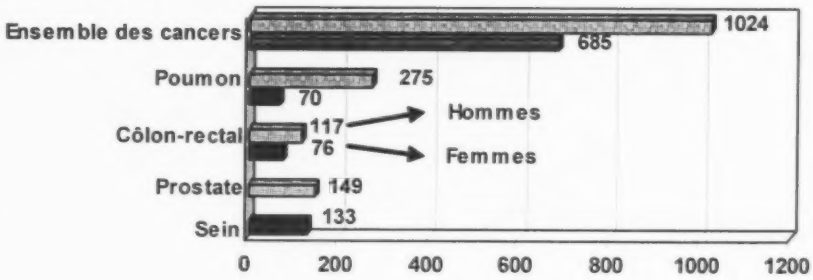
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

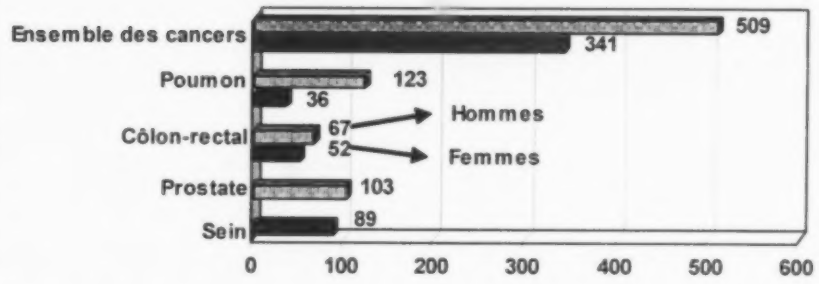


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

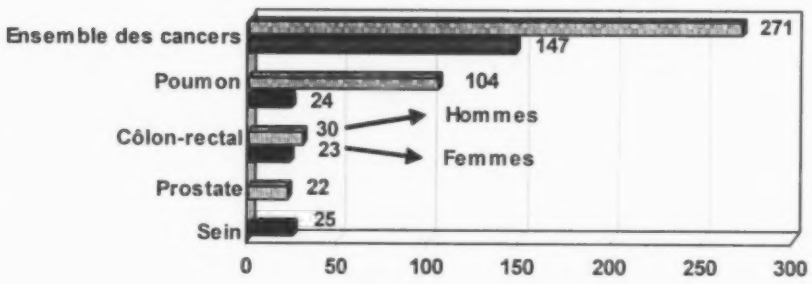


MRC du Haut-Saint-François

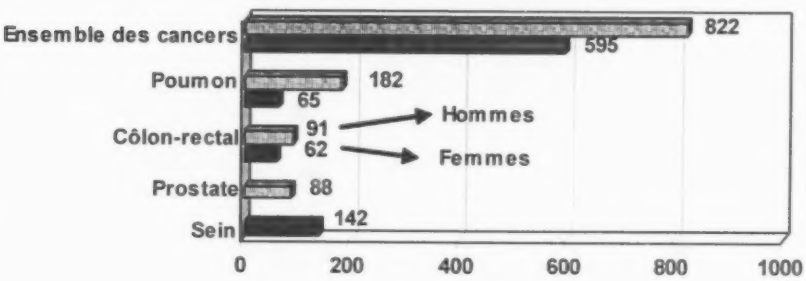
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

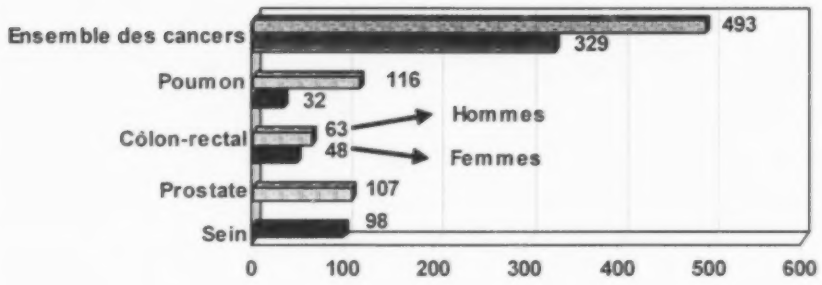


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

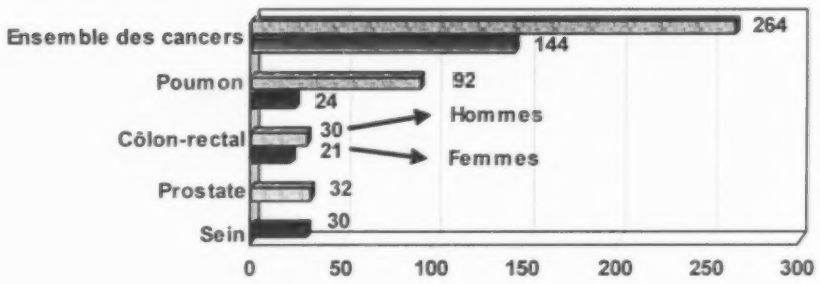


MRC du Val-Saint-François

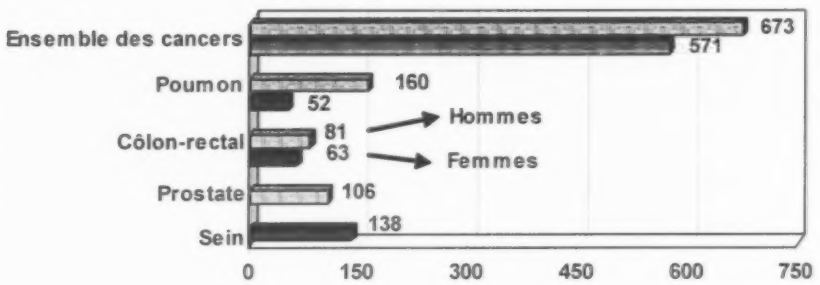
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

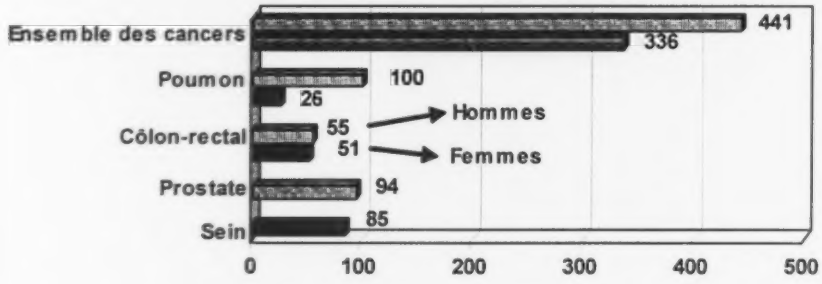


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

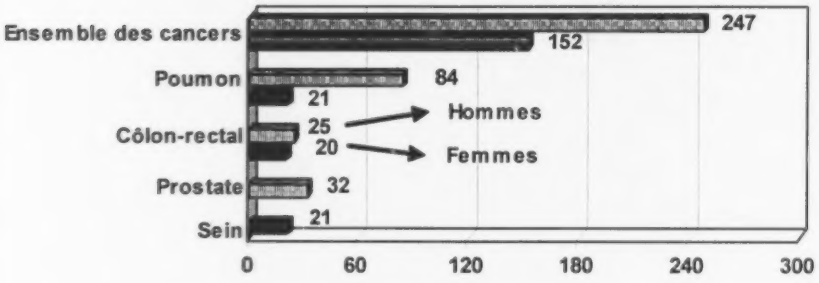


MRC de Coaticook

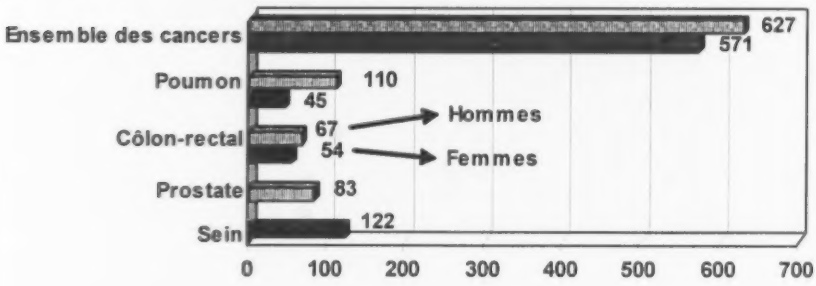
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

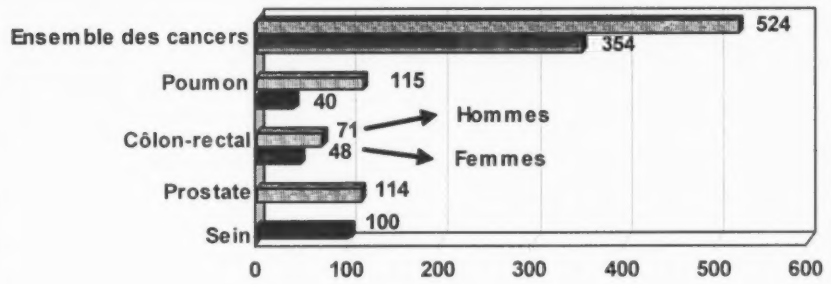


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

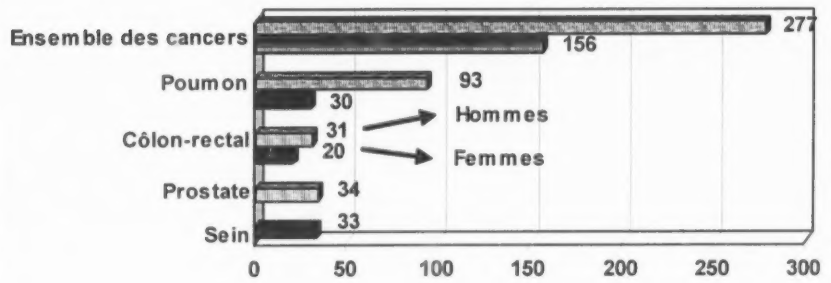


MRC de la Région-Sherbrookoise

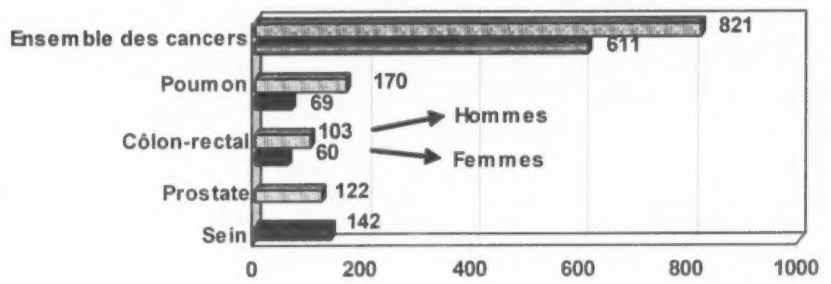
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999

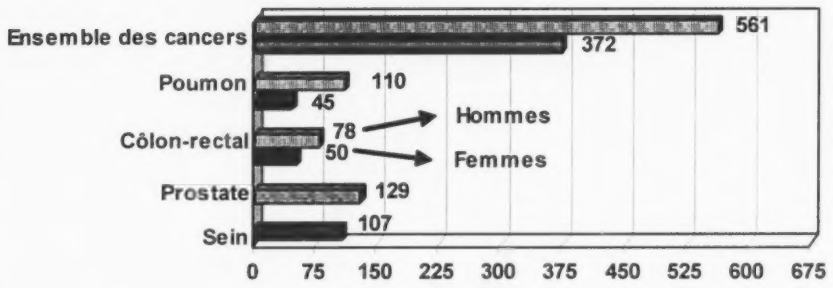


Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001

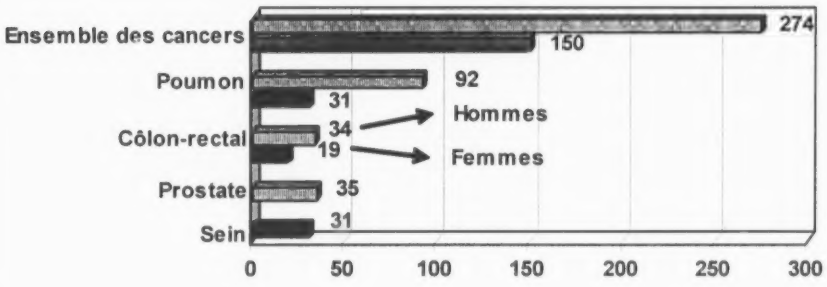


MRC de Memphrémagog

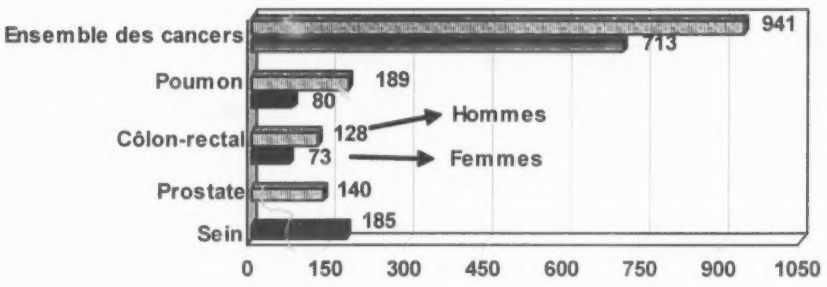
Taux annuels moyens ajustés d'incidence, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-2000



Taux annuels moyens ajustés de mortalité, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1986-1999



Taux annuels moyens ajustés d'hospitalisations, selon le sexe, pour 100 000 personnes, 1989-1990 à 2000-2001



Liste des références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003–2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

2. AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2004). *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007* (PAR-SP), Sherbrooke, Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 275 p.

3. DIABÈTE QUÉBEC. **http://www.diabete.qc.ca/html/sante/vivre/html/portrait1.html**, 10 mars 2004.

4. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 392 p.

5. SANTÉ CANADA. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, vol. 1 : Incidence du cancer au Canada, Groupe Communication Canada - Édition Ottawa, Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1996, 158 p.

6. SANTÉ CANADA. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, vol. 1 : Incidence du cancer au Canada, Groupe Communication Canada - Édition Ottawa, Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1996, 158 p.

7. Ibid.

8. R. LOUCHINI et M. BEAUPRÉ (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : Survie observée et survie relative*. Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

9. SANTÉ CANADA. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, vol. 1 : Incidence du cancer au Canada, Groupe Communication Canada - Édition Ottawa, Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1996, 158 p.

10. Ibid.

11. PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER (2003). *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec : Un premier bilan*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 392 p.

12. R. LOUCHINI et M. BEAUPRÉ (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : Survie observée et survie relative*. Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

13. SANTÉ CANADA. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, vol. 1 : Incidence du cancer au Canada, Groupe Communication Canada - Édition Ottawa, Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1996, 158 p.

14. Ibid.

15. Ibid.

16. R. LOUCHINI et M. BEAUPRÉ (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : Survie observée et survie relative*, Institut national de santé publique du Québec, 140 p.

17. SANTÉ CANADA. *Répartition géographique de l'incidence du cancer au Canada*, vol. 1 : Incidence du cancer au Canada, Groupe Communication Canada - Édition Ottawa, Canada, Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1996, 158 p.

18. R. LOUCHINI et M. BEAUPRÉ (2003). *La survie reliée au cancer pour les nouveaux cas déclarés au Québec, de 1984 à 1998 : Survie observée et survie relative*, Institut national de santé publique du Québec, 140 p.